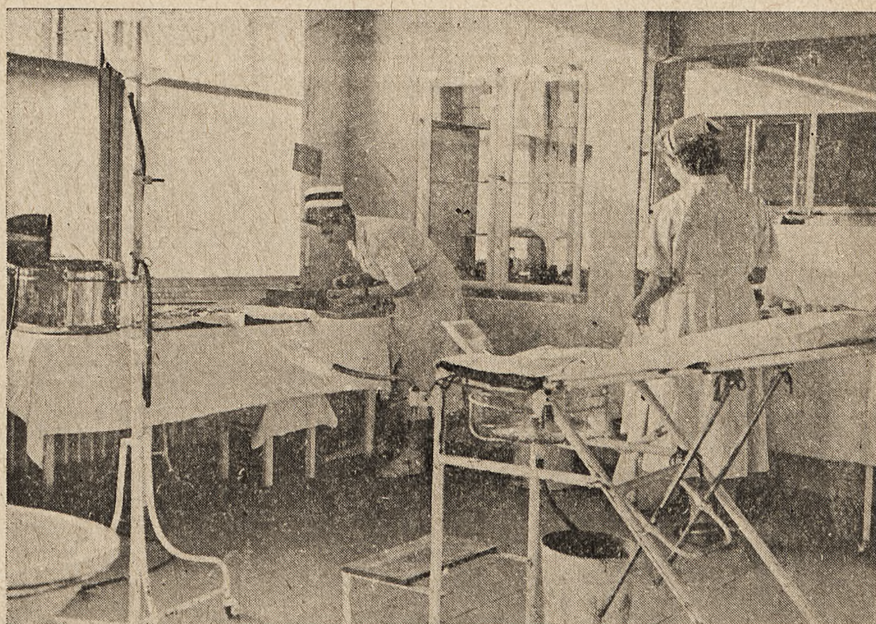
PIELĘGNIARKA polska



Gabinet zabiegowy specjalistycznej przychodni



Rok 6 (XVII)
1953

Nr. 4
KWIECIEŃ

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Kwiecień 1953 Nr 4

Wieczna chwała Wielkiemu Stalinowi



JÓZEF STALIN nie żyje. Umarł Wielki Człowiek, lecz imię Jego jest i pozostanie na zawsze, po wsze czasy, symbolem wolności i niezawisłości narodów, sprawiedliwości społecznej i pokoju — najcenniejszego skarbu ludzkości. Na całym świecie, wszędzie gdzie tylko bije serce prostego człowieka, zapanowała głęboka serdeczna żałoba po bolesnej stracie Wielkiego Nauczyciela, Wodza

i Przyjaciela mas pracujących, dla których imię Jego było wspaniałym sztandarem wyzwolenia z wiekowych kajdan niewoli, wyzysku, wojny, krzywdy i niesprawiedliwości.

Całe swoje życie pracowite, życie okryte chwałą, pełne bohaterskiego trudu i bohaterskich czynów, poświęcił Józef Stalin nieugiętej walce o sprawę klasy robotniczej i szczęście narodów.

Wespół z Włodzimierzem Leninem stworzył Józef Stalin potężną Partię Komunistyczną, wychował ją i zahartował w ciężkich bojach o wyzwolenie mas pracujących. On wraz z Leninem był promotorem i wodzem Wielkiej Październikowej Rewolucji Socjalistycznej, założycielem pierwszego na świecie Państwa Socjalistycznego, kontynuatorem nieśmiertelnego dzieła Lenina, które uwieńczył epokowym zwycięstwem socjalizmu w Związku Radzieckim.

Pod genialnym przewodem Józefa Stalina narody radzieckie obroniły honor, wielkość, wolność i niezawisłość swojej ojczyzny i odniosły historyczne zwycięstwo w Wielkiej Wojnie Narodowej, ratując całą ludzkość od groźby niewoli faszystowskiej i wykuwając drogi prowadzące do socjalizmu dla wielu innych narodów. Imię Józefa Stalina i Jego mądre wskazania były i są natchnieniem oraz drogowskazem w walce wyzwoleńczej ludzi pracy na całym świecie, w walce uciemiężonych i wyzyskiwanych w krajach kapitalistycznych.

DZIĘKI stalinowskim zwycięstwom i stalinowskiej polityce powstał — pod przewodem Związku Radzieckiego — wielki światowy obóz pokoju, demokracji i socjalizmu, którego przewaga nad imperialistycznym obozem wojny rośnie widzialnie z każdym dniem. Miłujące pokój narody nadały Józefowi Stalinowi dumne miano Chorążego Pokoju, które świadczy o powszechnym zaufaniu i uwielbieniu dla tego Wielkiego Nauczyciela i Wodza. Dziś, w czas bólu i głębokiego żalu, mocniej niż kiedykolwiek odczuwamy niezwyciężoną siłę i zwartość światowego obozu pokoju, któremu On przewodził, którego był i będzie natchnieniem.

Naród polski Jemu zawdzięcza swoje wyzwolenie narodowe i społeczne, i dziś z jeszcze większą mocą odczuwa konieczność zacieśnienia swej serdecznej więzi przyjaźni i braterstwa z Wielkim Związkiem Radzieckim, gdyż we wspaniałym triumfie życiowego dzieła Stalina — w budowie społeczeństwa komunistycznego w ZSRR — i nasz naród widzi jasną perspektywę swojego jutra. Dlatego też silniejsza niż kiedykolwiek jest nasza spójnia ideowa z narodem radzieckim.

CAŁE swoje życie Stalin uczył partię i naród wytrwałości i hartu, uczył, że nie wolno uginać się pod żadnym ciosem, nie wolno się załamywać. Kochał on tylko mężnych a nie słabych duchem. I naród radziecki nie ugiął się dziś pod brzemieniem wielkiej straty. Bojowy sztandar świetlanych idei komunizmu ujęli w swe ręce wierni i zahartowani współbojownicy, towarzysze i uczniowie Wielkiego Stalina, którzy stoją dziś na czele Partii i Związku Radzieckiego. Wokół tego stalinowskiego kierownictwa z towarzyszem Malenkowem na czele skupia się dziś Komunistyczna Partia Związku Radzieckiego i cały naród radziecki, jemu okazują swe bezgraniczne zaufanie partie komunistyczne i robotnicze krajów demokracji ludowej, narody wyzwolone z jarzma kapitalizmu i bojownicy o pokój na całym świecie.

Wyraził to nasz Prezes Rady Ministrów, Bolesław Bierut w depeszy do Przewodniczącego Rady Ministrów ZSRR tow. Malenkowa następującymi słowy: **Naród polski wie, że sprawa obrony pokoju, wolności i niepodległości narodów, sprawa Lenina - Stalina znajduje się w pewnych i mocnych rękach.**

Nie ma już wśród żywych Wielkiego Stalina, ale dzieło Jego trwać będzie wieczyście, bo geniusz Jego i wielka Jego nauka są nieśmiertelne. Stalin żyje w naszej walce i pracy, żyje i żyć będzie w zwycięskim pochodzie idei Marksa - Engelsa - Lenina - Stalina.

Zmarł Klement Gottwald



Bratni naród czechosłowacki oraz światowy obóz pokoju i socjalizmu dotknęła nowa, bolesna strata: 14 marca rb. zmarł tow. Klement Gottwald, Przewodniczący Komunistycznej Partii Czechosłowacji i Prezydent Republiki Czechosłowackiej.

Dzielimy z narodem czechosłowackim głęboki ból z powodu niepowetowanej straty, jaką jest zgon wielkiego syna narodu czechosłowackiego, niestrudzonego bojownika o socjalizm i pokój, wiernego ucznia Lenina i Stalina.

ZESPOLENIE LECZNICTWA

Powojenny okres wyzwolenia w polskiej służbie zdrowia charakteryzuje bardzo intensywna praca zarówno organizacyjna, jak i polityczna. Poszczególne piony lecznicze niejednolite i pozostające w rozbiciu były pozbawione centralnego kierownictwa, a brak planu i kontroli wykonania, 55% zniszczeń — zarówno kadrowych jak i materiałowych — pogarszały jeszcze sytuację na tym odcinku. Zły stan zdrowotny ludności spowodowany zniszczeniem okupacyjnym, choroby setek tysięcy ludzi powracających z obozów, smutna tradycja przedwojennej służby zdrowia — wszystko to postawiło nowobudującą się służbę zdrowia wobec szczególnie trudnego zadania. W pierwszych latach służba zdrowia stawiała podwaliny organizacji i ładu, niezbędnych dla dalszego rozwiązywania trudności. Należało przy tym pamiętać nie tylko o usuwaniu codziennych braków, ale i o kształceniu nowych kadr lekarskich i pielęgniarskich, co pociąga oczywiście za sobą uszczuplenie stanu doświadczonych kadr lekarskich i pielęgniarskich, skierowanych do szkolnictwa.

Pierwsze lata niepodległości poświęcono więc tworzeniu przyszłości medycyny, scementowaniu rozbitych pionów lecznictwa (przemysłowa służba zdrowia, ubezpieczalnie społeczne, miejska pomoc lekarska, szpitale kongregacyjne, samorządy i inne), rozwinięciu niestosowanej prawie do tego czasu profilaktyki itd.

Poważne te etapy mamy już przeważnie za sobą. Ostatnim ogniwem, które istniało przy Ministerstwie Zdrowia, a które według planu podlegało włączeniu w orbitę jego działalności, była higiena szkolna prowadzona przez 42 różne resorty, a obejmująca około 30.000 placówek w kraju. W chwili obecnej uchwałą Prezydium Rządu z września 1952 r. higiena szkolna została przekazana służbie zdrowia, prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i rady terenowe. Tak więc zarówno kadry jak i placówki lecznicze zostają podporządkowane jednemu ośrodkowi dyspozycyjnemu, co pozwala na przejście do dalszego, wyższego etapu organizacyjnego — do walki o wyższy poziom lecznictwa.

W roku 1952 opuściło akademie lekarskie w kraju około 3.000 lekarzy, a w dalszych latach przewidujemy stały dopływ 2.000 lekarzy rocznie. W okresie 1949 — 1952 szkoły i kursy pielęgniarskie opuściło około 25.000 pielęgniarek, a każdy następny rok przynosi nam nowe kadry — oto pierwsze „owoce wyrzeczeń" z lat 1945 — 1950. Ta stosunkowo duża liczba młodych lekarzy i pielęgniarek — nasyca częściowo nasz krajowy głód w służbie zdrowia, stawia jednak przed nami dwa bardzo poważne zagadnienia: 1) pogłębianie ich wiadomości nabytych w akademiach lekarskich i szkołach; 2) utrzymanie ich poziomu teoretycznego i praktycznego, to znaczy niedopuszczenie do zmanierowania, szczególnie w lecznictwie otwartym.

Uchwałą Prezydium Rządu ze stycznia 1953 roku powołano dla rozwiązania pierwszego zagadnienia Instytut Dokształcania Kadr Lekarskich, którego zadaniem jest systematyczne dokształcanie lekarzy przy zastosowaniu różnych systemów szkoleniowych — od kursów kilkudniowych — do półrocznych — na których słuchacze zapoznają się ze współczesnymi osiąg-

nięciami medycyny praktycznej i teoretycznej. Odbywa się także systematyczne szkolenie specjalistów we wszystkich dyscyplinach medycznych. W roku bieżącym w Instytucie Dokształcania zostanie przeszkolonych około 1.000 lekarzy. Problem pogłębiania wiadomości nabytych w akademiach medycznych znalazł więc swoje częściowe rozwiązanie. Nieco gorzej przedstawia się sprawa dokształcania pielęgniarek, mimo iż w tym kierunku są czynione poważne kroki.

Podstawą pracy lekarza jest praca w szpitalu — tam tylko lekarz może pogłębiać swoje wiadomości, uważnie obserwować chorego, posługiwać się pomocniczymi badaniami, opierać na obserwacjach fachowego personelu pomocniczego, tylko bowiem w szpitalu młody lekarz może pracować pod nadzorem lekarza starszego, doświadczonego. Wyłączna praca w otwartym lecznictwie banalizuje pracę lekarza — „masówka" wypacza jego pogląd na mechanizm powstawania i rozwoju choroby.

Około 40% lekarzy w Polsce pracuje wyłącznie w lecznictwie otwartym — jest to więc zagadnienie masowe, w trosce o poziom lecznictwa w naszym kraju musimy poważnie zastanowić się nad sposobem wyjścia z tej sytuacji. I tu jak i w innych dziedzinach naszego życia musimy sięgnąć do doświadczeń radzieckich.

Uchwałą Prezydium Rządu ZSRR i nakazem Ministra Zdrowia ZSRR została zapoczątkowana akcja zespolenia lecznictwa zamkniętego z lecznictwem otwartym. W wyniku Uchwały Prezydium Rządu ZSRR — rady terenowe umożliwiły przenoszenie poliklinik z odległych terenów do szpitali lub do budynków położonych blisko szpitali. Tak więc w przeciągu 2 lat olbrzymim nakładem energii i kosztów włączono wszystkich lekarzy pracujących w miastach do pracy w szpitalach. Przy czym zanotowano wypadki, gdzie lekarze, pracując przez 20 — 25 lat wyłącznie w lecznictwie otwartym, zapomnieli techniki pracy szpitalnej i w wielu wypadkach musieli uczyć się wykonywania szeregu zabiegów, które w lecznictwie otwartym nie były nigdy wykonywane. Rezultaty tej akcji okazały się znakomite. Błędy lecznictwa otwartego popełniane dotychczas w diagnostyce i terapii zmniejszały się z miesiąca na miesiąc, różnice rozpoznań stawianych w otwartym i zamkniętym lecznictwie malały z każdym miesiącem. Można było dokładnie obserwować stałe podnoszenie się poziomu pracy lekarza i jego fachowych wiadomości w zakresie jego specjalności.

Niezależnie od powyższego wprowadzono ciągłość obserwacji chorego, ten sam lekarz bowiem, przyjmując w przychodni i szpitalu ma możność obserwacji chorego w przychodni — od pierwszej chwili wystąpienia objawów chorobowych oraz kontynuowania tych obserwacji w wypadku pogorszenia się stanu chorego i konieczności jego hospitalizacji. Po wypisaniu zaś chorego ze szpitala lekarz obserwuje go w dalszym ciągu w przychodni.

Obszar ZSRR już w latach ubiegłych został podzielony na rejony; na czele każdego rejonu stanął szpital, którego dyrektor wraz ze swoimi zastępcami dla spraw: zamkniętej, otwartej i ewentualnie zakładowej (fabrycznej) pomocy leczniczej, odpowiada za całość zagadnień profilaktyki i lecznictwa swego rejonu. Dyrekcja szpitala zespolonego jest dysponentem kadr lekarskich i pomocniczo-lekarskich swojego rejonu, planuje w swym zakresie i wykonuje plan narodowo-gospodarczy i finansowy, ona prowadzi statystykę wszystkich placówek służby zdrowia na swoim terenie. Lekarz w jednostce zespolonej pracuje w szpitalu oraz poliklinice (przychodni), bądź też w szpitalu oraz odwiedza w terenie obłożnie chorych, leżących w domu, a w niektórych przypadkach lekarz pracuje we wszystkich trzech ogniwach, tzn. w szpitalu, poliklinice i odwiedza chorego w domu. Drugi system tzw. „trzyogniwowy" stosowany jest zwłaszcza w pediatrii.

Zdajemy sobie sprawę, że przeprowadzenie zespolenia w Polsce napotyka na duże i liczne trudności. Związek Radziecki posiada jednego lekarza na 10 tysięcy mieszkańców, Polska — 1 lekarza na około 25 tysięcy ludności, Związek Radziecki ma powyżej 10 łóżek na 1.000 mieszkańców, Polska posiada ich około 4 na 1.000 mieszkańców. A zarówno kadry jak i liczba łóżek szpitalnych są to poważne czynniki ułatwiające przeprowadzenie zespolenia.

W niektórych państwach demokracji ludowej, jak: Rumunia, Bułgaria, zespolenie zostało już wprowadzone. Poważnie przygotowuje się je także w Czechosłowacji. Wszystkie te kraje są w lepszej sytuacji pod względem kadr — mają znacznie więcej lekarzy i średniego personelu medycznego, posiadają znacznie lepszy wskaźnik łóżek szpitalnych na 1.000 mieszkańców, kraje te bowiem nie ucierpiały podczas wojny w takim stopniu jak Polska, ich uniwersytety i szkoły pielęgniarstwa były czynne bez przerwy, szkoląc lekarzy i pielęgniarki.

Jak już wspomniano na wstępie artykułu, stan zniszczenia w Polsce był tak duży, że uniemożliwiał zrazu poważniejsze reformy w służbie zdrowia, tym też należy tłumaczyć nasz nieco powolniejszy rozwój w tej dziedzinie.

Obecnie poprawiliśmy już jednak znacznie nasz stan posiadania kadr lekarskich i pielęgniarskich, poprawiliśmy liczbę łóżek szpitalnych (z 40.000 przed wojną na około 100.000 w roku 1953) i możemy w drugim etapie przystąpić do dalszej racjonalnej organizacji służby zdrowia, jak we wszystkich innych dziedzinach tak i w tej, korzystając z bogatych doświadczeń Związku Radzieckiego, jego rad i pomocy.

J. W.

NONNA ŁYŻWAŃSKA

Pielęgniarka w otwartej opiece zdrowotnej

Troska o stan zdrowia ludności, o warunki jej bytowania i pracy, zapobieganie zachorowaniom, a w szczególności walka z chorobami zakaźnymi — zarówno ostrymi, jak i przewlekłymi — oto czołowe wytyczne działalności polskiej służby zdrowia.

W realizacji ochrony zdrowia mas pracujących bardzo poważną rolę odgrywa właściwie zorganizowana opieka zdrowia — otwarta. Pod tym określeniem należy rozumieć taki rodzaj działalności służby zdrowia, który przewiduje zapobieganie chorobom i leczenie z uwzględnieniem wpływów otoczenia i jego oddziaływania na zagrożoną jednostkę.

Otwarta opieka zdrowotna w działalności swej opiera się o następujące trzy zasady:

1) rejonizacja opieki zdrowotnej,

2) zastosowanie systemu poradni,

3) zastosowanie nauki Pawłowa w pracy zakładów opieki otwartej.

REJONIZACJA

Rejonizacja, czyli podział terenu na poszczególne obszary ma na celu oddanie ich pod opiekę poszczególnym placówkom, a także lekarzom, którzy odpowiedzialni są za stan zdrowotny ludności zamieszkującej przydzielone im tereny.

Realizacja opieki zdrowotnej przewiduje podział całego kraju na:

obwody pomocnicze specjalistyczne,
rejony opieki zdrowotnej, podstawowej,
miejskie odcinki lekarskie oraz
wiejskie rejony lekarskie.

Przy tym podziale każdy wydzielony obszar posiada placówki służby zdrowia, pozostające w ścisłym wzajemnym powiązaniu.

Placówką wiejskiego rejonu lekarskiego jest wiejski Ośrodek Zdrowia, którego częściami składowymi są: 1) przychodnia z poradniami: ogólną, D, D1 i K, 2) izba porodowa, 3) izba chorych (w niektórych przypadkach) oraz 4) punkty zdrowia felczerskie, pielęgniarskie i położnicze. Wiejski rejon lekarski obejmuje swą działalnością od 8 — 16 tysięcy ludności wiejskiej.

Placówką rejonu podstawowej opieki zdrowotnej jest Miejska Przychodnia Rejonowa z poradniami: ogólną, D, D1, K oraz gabinetem chirurgicznym i dentystycznym. Miejska przychodnia rejonowa koncentruje kilka miejskich odcinków lekarskich, obsługujących w zasadzie 4.000 ludności. Zasięg działania miejskiej przychodni rejonowej uwarunkowany jest ilością zgrupowanych odcinków lekarskich.

Pomocy specjalistycznej udzielają Specjalne Przychodnie Obwodowe, obejmujące swą działalnością powiat, miasto wydzielone lub jedną dzielnicę wielkiego miasta. Liczba ludności korzystającej z pomocy specjalistycznej w przychodniach obwodowych waha się w granicach od 80 — 130 tysięcy. Do przychodni obwodowych kieruje się chorych z przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia danego terenu.

Pomoc zaś wysoko specjalistyczna udzielana jest w Przychodniach Wojewódzkich, których zadaniem jest nie tylko udzielanie bezpośredniej pomocy lekarskiej, lecz również konsultowanie wszystkich trudnych przypadków leczonych w podlegających fachowo przychodniom wojewódzkim zakładach na terenie województwa. Zarówno specjalistyczne przychodnie wojewódzkie, jak i obwodowe prowadzą szkolenie personelu fachowego podległych im placówek.

SYSTEM OPIEKI PORADNIANEJ

System opieki poradnianej polega na aktywnej postawie służby zdrowia wobec obsługiwanej przez nią ludności. Lekarz, pielęgniarka, położna czy kontroler sanitarny — nie czeka aż chory sam zgłosi się o pomoc, lecz szuka i walczy z ukrytą chorobą oraz oddziaływuje na otoczenie celem jej zapobieżenia.

Na obecnym etapie rozwoju służby zdrowia w Polsce nie byłoby celowe planowanie objęcia tym systemem całej ludności i we wszystkich chorobach. Dla osiągnięcia realnych, konkretnych wyników pracy tym systemem należy ściśle sprecyzować, jakie grupy ludności i przy jakich zachorowaniach należy już obecnie objąć opieką poradnianą i jakie powinny być metody pracy tej opieki.

Tak więc należy przede wszystkim przeprowadzić ewidencję przypadków oraz osobników objętych tym systemem, a następnie ustalić czasokres badań lekarskich, co da możność uchwycenia choroby w jej wczesnym stadium, gdy interwencja lekarza ma największe szanse powodzenia. Okresowe badania pozwalają również na zapobieżenie powstawaniu choroby.

Następnym zadaniem opieki poradnianej jest zajęcie się środowiskiem (otoczeniem) osób po-

zostających pod opieką poradni. Prace uświadamiające i zapobiegawcze w miejscu pracy i w domu wpływają na poważne zmniejszenie się zachorowalności, podnosząc ogólny poziom zdrowotny społeczeństwa.

Jakież grupy ludności może i powinna na obecnym etapie objąć systemem opieki poradnianej nasza służba zdrowia?

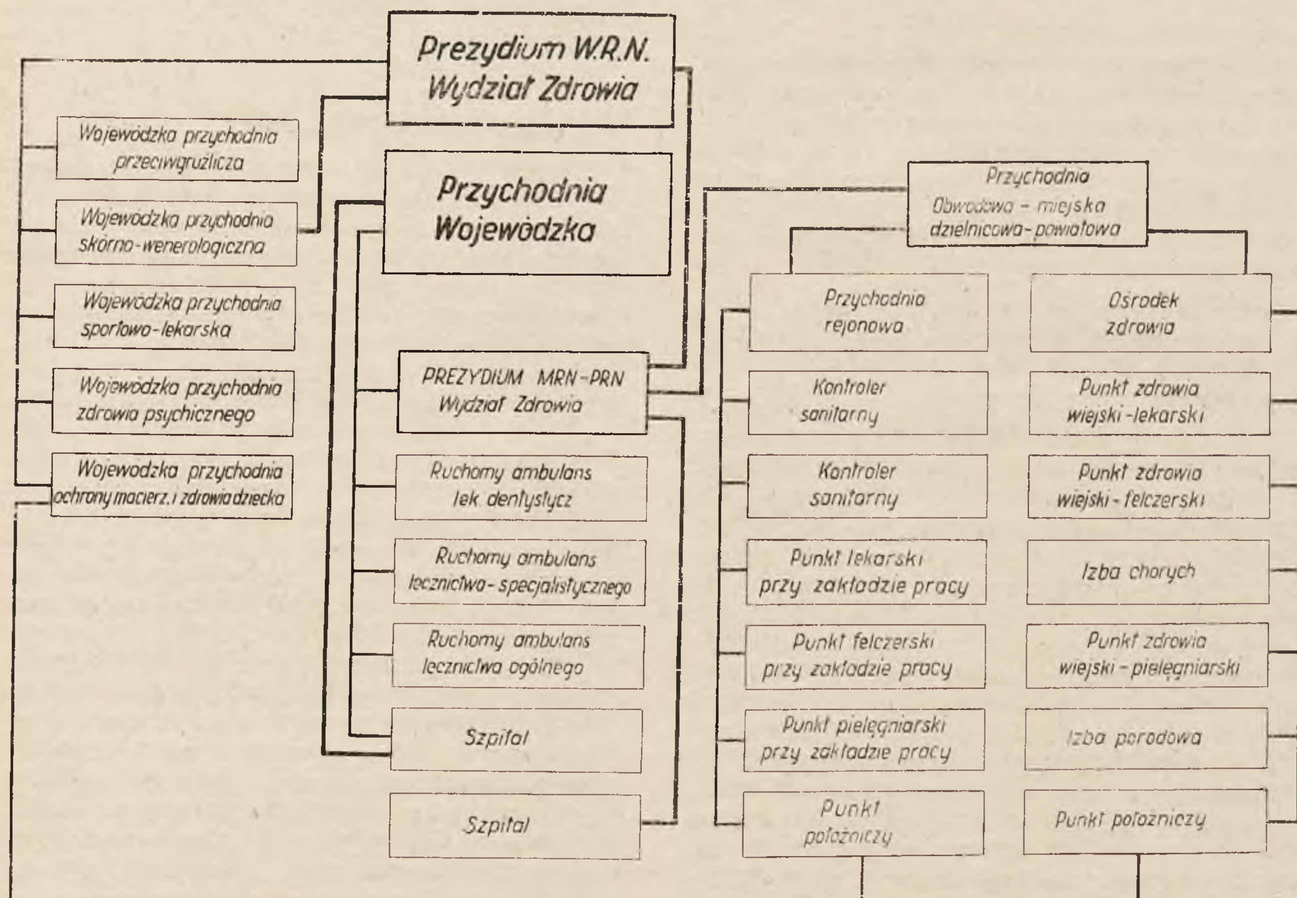
A więc przede wszystkim ludzi zatrudnionych w specjalnie ważnych oraz szkodliwych dla zdrowia działach produkcji. Następnie opieka poradniana powinna obejmować zatrudnionych w produkcji młodocianych, wszystkie kobiety ciężarne, wszystkie dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym oraz niemowlęta do lat 3. Przy tym układzie opieki poradnianej służba zdrowia specjalną troską otoczy rosnące młode pokolenie oraz grupy ludzi budujące swą pracą podstawy socjalizmu. Zastosowania tego systemu opieki poradnianej wymaga też cały szereg chorób powodujących trwałą niezdolność do pracy, zagrażających nie tylko jednostce chorej, lecz również jej otoczeniu i całemu społeczeństwu. Są to choroby przewlekłe — zakaźne lub nie — w początkowym stadium trudne do rozpoznania. Do chorób takich należy zaliczyć: gruźlicę, choroby weneryczne, alkoholizm, narkomanię, raka, reumatyzm itd.

Nad środowiskiem, w którym zostały stwierdzone wyżej wymienione choroby oraz nad samymi chorymi należy bezwzględnie roztoczyć jak najstaranniejszą opiekę poradnianą celem przywrócenia choremu zdolności do pracy, a w wypadkach zakaźnych — ochrony zdrowia całej ludności.

ZGODNIE Z NAUKĄ PAWŁOWA

Zarówno rejonizacja opieki zdrowotnej, jak i system poradniany znajdują uzasadnienie w nauce *I. P. Pawłowa*. Jego teza o jedności organizmu i środowiska, o wzajemnym ich powiązaniu i oddziaływaniu, jak również teza dotycząca rozpatrywania organizmu ludzkiego jako całości — uzasadniają wprowadzenie zasad rejonizacji oraz systemu poradnianego w organizacji służby zdrowia. Jasne jest jednak, że aby zastosować w służbie zdrowia naukę Pawłowa nie wystarczy ją zreorganizować administracyjnie. Zasady nauki Pawłowa należy zastosować w codziennej pracy lekarsko-pielęgniarskiej, wykorzystując na tym polu doświadczenia lecznictwa radzieckiego.

Cisza i estetyka miejsca pracy, serdeczny i uprzejmy stosunek do chorego, usunięcie z jego pola widzenia w miarę możności wszystkich bodźców drażniących — oto nie tylko możliwe, lecz i konieczne warunki do stworzenia odpowiedniej atmosfery w zakładach otwartej opieki zdrowotnej. Zachowanie się lekarza, pielęg-



Schemat organizacyjny zakładów opieki zdrowotnej otwartej

niarki czy rejestratora musi cechować głębokie przemyślenie ich stosunku do chorego, ma ono bowiem zasadnicze znaczenie w przebiegu leczenia.

Celem ustalenia jednolitego systemu leczenia oraz celem zachowania jego ciągłości należy w przychodniach wprowadzić jako zasadę — schematyczną kartę choroby, obowiązującą dla wszystkich poradni i gabinetów leczniczych. Wyjątek mogą stanowić poradnie profilaktyczne posiadające — ze względu na swą odrębność — specjalne wzory kart, w takim jednak wypadku krótkie wyciągi z historii choroby powinny być włączane z karty tej przychodni do karty zasadniczej. Ma to zasadnicze znaczenie przy ustalaniu ciągłości systemu leczenia, a równocześnie wpływa na jakość świadczonych usług.

Działalność opieki zdrowotnej otwartej rozwijająca się w oparciu o podane wyżej zasady stanowi o całokształtcie pracy służby zdrowia. Wczesne wykrycie choroby, właściwa z nią walka, zapobieganie jej powstaniu, szerokie stosowanie oświaty sanitarnej — wszystko to podnosi ogólny stan zdrowotny ludności, realizując zasady ustroju socjalistycznego, w którym troska o człowieka jest zagadnieniem pierwszoplanowym.

ZADANIE PIELĘGNIARKI

Właściwe wykonanie zadań służby zdrowia zależy w dużej mierze od kadr, które będą realizowały jej wytyczne. Poważne szeregi tych kadr stanowią pielęgniarki, to też od ich uświadomienia, właściwej postawy społecznej oraz przygotowania zawodowego w pewnej mierze zależeć będzie jakość wyświadczanych przez służbę zdrowia usług. Świadoma celu swej pracy pielęgniarka powinna walczyć o wysokość, jakość i wydajność pracy, oszczędzać własność społeczną, zastosowywać racjonalizatorstwo w systemie swej pracy, nie lękać się stosowania zdrowej krytyki i samokrytyki. Pielęgniarka także powinna stać się inicjatorem współzawodnictwa stosując je jako drogę do polepszenia wyników swej pracy.

Praca pielęgniarki w opiece zdrowotnej otwartej koncentruje się w dwóch działach:

1) praca w przychodni, ośrodku zdrowia lub punkcie;
2) praca terenowa w środowisku rodziny chorego lub w miejscu jego pracy.

W PRZYCHODNI

Pielęgniarka w przychodni pracuje bądź samodzielnie, bądź też wykonuje czynności pomocnicze przy lekarzu. Do jej zadań należy przygotowanie chorego do badania, mierzenie temperatury i zbieranie pierwszych danych o zachorowaniu. Pielęgniarka segreguje chorych oczekujących na przyjęcie, przy czym o kolejności przyjęcia chorego przez lekarza nie zawsze stanowi numerek otrzymany przez chorego w rejestracji. Pielęgniarka powinna zadecydować o kolejności przyjęć, uwzględniając przede wszystkim ciężkie stany. W gabinecie lekarskim pielęgniarka pomaga lekarzowi przy badaniu, wykonując wskazane zabiegi, częściowo w obecności lekarza, częściowo w innych godzinach w gabinecie zabiegowym.

Pielęgniarka dba o wygląd swego miejsca pracy, o jego czystość, celowość rozmieszczenia sprzętu, ład w czasie pracy, dba o właściwe zaopatrzenie w leki, instrumentarium i sprzęt. Jednocześnie pielęgniarka powinna dbać o swój wygląd zewnętrzny i właściwe ubranie. Trudno bowiem, aby pouczenia w zakresie higieny osobistej i otoczenia trafiły do przekonania chorego, o ile wygląd osoby pouczającej będzie przeczył głoszonym zasadom. Pielęgniarka pracująca w otwartej opiece zdrowotnej powinna doceniać znaczenie słowa — jako czynnika leczniczego. Słowo jest bowiem bardzo ważnym czynnikiem, który silnie oddziaływa na chorego. Słowo otuchy rzucone we właściwym momencie, umiejętne wyjaśnienie choremu istoty jego dolegliwości i znaczenie stosowanych zabiegów czy leków mają często decydujący wpływ na przebieg choroby i mogą przyśpieszyć proces rekonwalescencji.

Szerzenie oświaty sanitarnej, naświetlanie zagadnień związanych ze schorzeniami powinno mieć miejsce nie tylko w czasie pracy w przychodni, często bowiem skuteczniejsze działanie słowa zauważa się w pracy terenowej — w środowisku chorych.

W TERENIE

W zakres terenowej pracy pielęgniarki wchodzą:

a) p r a c e p r o f i l a k t y c z n e, polegające na odwiedzinach kontrolnych lub propagandowych; w czasie odwiedzin pielęgniarka powinna zorientować się w poziomie higieny lokalu, kontaktach chore-



Okresowe badanie dzieci w Ośrodku Zdrowia w gromadzie Budzino, pow. Ząbkowice

go z otoczeniem, powinna następnie w sposób delikatny i zrozumiały pouczyć otoczenie o drogach szerzenia się chorób, zapobieganiu im itp.

b) prace pielęgniarskie-zabiegowe, wykonywane w terenie na zlecenie lekarza; do prac tych należy również opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu.

Zasadą pracy pielęgniarki zarówno w przychodni, w ośrodku zdrowia jak i w terenie powinno być utrzymanie ciągłości opieki nad chorym oraz uwzględnianie wszystkich czynników oddziaływujących na przebieg choroby i jej leczenie.



Miejski Ośrodek Zdrowia w Legnicy

Pielęgniarka rejonowa ma wydzielony odcinek pracy. W dalszym rozwoju służby zdrowia należy przewidzieć obsadę 2 pielęgniarek na jeden odcinek lekarski. Pielęgniarka rejonowa powinna zdawać sobie sprawę, które środowiska na jej odcinku pracy wymagają specjalnej troski; powinna także ściśle współpracować z innymi zespołami służby zdrowia celem ujednolicenia i powiązania całokształtu pracy. W zasadzie na pielęgniarkę rejonową, zatrudnioną w placówce podstawowej opieki zdrowotnej spada bardzo poważna odpowiedzialność, której może sprostać przy dużej i wydajnej pracy.

Pielęgniarka zatrudniona w specjalistycznych przychodniach obwodowych i wojewódzkich nie ma bezpośredniego kontaktu ze środowiskiem chorego, a praca jej polega raczej na bardzo wysokiej technice wykonywanych zabiegów. Jednocześnie jednak pielęgniarka zatrudniona na kierowniczym stanowisku w przychodni obwodowej lub wojewódzkiej odpowiada za prace pielęgniarek na całym podległym jej terenie, to też nie mogą jej być obce zagadnienia pracy w poszczególnych środowiskach.

Polem wzajemnej wymiany doświadczeń w pracy terenowej są odprawy i narady robocze personelu pielęgniarskiego.

Mówiąc o pracy pielęgniarki w otwartej opiece zdrowotnej, należy przede wszystkim doceniać znaczenie pracy pielęgniarki rejonowej — zasadniczego ogniwa w całości otwartej opieki zdrowotnej.

Nonna Łyżwańska

Dr KAZIMIERZ ŁODZIŃSKI

Ostre zakażenie otrzewnej — tzw. „ostry brzuch"

WIELE schorzeń przewodu pokarmowego wymaga niekiedy natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Zdarza się to najczęściej w razie przejścia sprawy chorobowej na otrzewną; powstaje zakażenie otrzewnej z charakterystycznym zespołem objawów chorobowych, klinicznie ujętych mianem „ostrego brzucha".

Do pielęgniarki w ambulatorium fabrycznym, w sanitarnym punkcie kolejowym czy na stacji Pogotowia Ratunkowego — zgłaszają się czasem chorzy z poważnymi dolegliwościami ze strony narządów jamy brzusznej i pielęgniarka musi umieć rozpoznawać objawy ostrego zapalenia otrzewnej.

Stwierdzenie objawów „ostrego brzucha" jest sygnałem alarmowym, który z reguły kończy się interwencją chirurgiczno-lekarską — otwarciem jamy brzusznej. Objawy te wskazują, że w jamie brzusznej rozgrywa się dramat, niezmiernie groźny dla życia chorego. Jest to zakażenie otrzewnej — jedno z najgroźniejszych powikłań schorzeń przewodu pokarmowego.

Do najważniejszych spraw chorobowych, które w pewnych okolicznościach doprowadzają do zakażenia otrzewnej, należą:

1) *niedrożność przewodu pokarmowego* — skręt jelita lub skręt krezki jelita, za-

dzierzgnięcie lub wgłobienie jelita, uwięźnięcie przepukliny itp.

2) *krwotok do jamy brzusznej*
— pęknięcie ciąży pozamacicznej, pęknięcie śledziony, pęknięcie krezki jelita cienkiego itp.

3) *przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego*
— przedziurawienie ściany żołądka lub dwunastnicy w chorobie wrzodowej; przestrzał lub zranienie jelit; przedziurawienie zmienionego zapalnie wyrostka robaczkowego lub uchyłka Meckela; przedziurawienie ściany jelita przez owrzodzenie durowe itp.

4) — *martwica trzustki i inne.*

OBJAWY

W obrazie rozwiniętego zakażenia otrzewnej na czoło objawów wysuwa się niezwykle przykry i dokuczliwy b ó l b r z u c h a. Często towarzyszą mu również bóle innych okolic ciała. Ponadto stwierdza się mdłości albo nawet wymioty, czasem uporczywe i męczące. Ciepłota ciała znacznie wzrasta, tętno zaś ulega przyśpieszeniu.

Silne podrażnienie bólowe wewnątrzbrzusznych zakończeń nerwowych, odwodnienie organizmu na skutek wymiotów, niekiedy krwotok albo zatrucie produktami rozpadu — mogą wywołać typowy w s t r z ą s, którego objawy przesłaniają czasami istotne tło cierpienia.

Zakażenie otrzewnej należy do cierpień zjawiających się w każdym wieku i o każdej porze, w przebiegu rozmaitych schorzeń przewodu pokarmowego. Możemy je spotkać u noworodków (np. we wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego), u niemowląt (np. we w g ł o b i e n i u jelit, w zwężeniu lub skurczu odźwiernika, w skręcie krezki jelita cienkiego itp.), możemy spotkać u dzieci i dorosłych (np. w zapaleniu wyrostka robaczkowego, w razie uwięźnięcia przepukliny, w zgorzeli uchyłka Meckela itp.). Płeć nie odgrywa tu również specjalnej roli, aczkolwiek u mężczyzn częściej spotyka się pęknięcie wrzodu żołądka, u kobiet zaś choroby pęcherzyka żółciowego.

WYWIAD

Zakażenie otrzewnej rozwija się zazwyczaj dość nagle. Poprzedzać je mogą rozmaite dolegliwości, związane z dawno istniejącymi chorobami jakiegoś narządu jamy brzusznej, np. żołądka, woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego itp. Chorzy sami podają, że bóle poprzednio odczuwane nie miały nigdy takiej siły, nigdy też nie towarzyszyły im tak gwałtowne wymioty, zatrzymanie wiatrów, stolca, podniesienie ciepłoty itp.

Zebranie zatem krótkiego wywiadu może nasunąć podejrzenie wciągnięcia otrzewnej w sprawę chorobową.

Postaramy się z kolei omówić najważniejsze objawy, wskazujące na możliwość rozwijania się zakażenia otrzewnej.

BÓL

Najważniejszym objawem jest ból brzucha. Jest to pierwszy subiektywny sygnał zmuszający chorego do przerwania zajęć i szukania pomocy u lekarza. Ból zjawia się najczęściej nagle i może być tak silny, że chory skręca się, nie mogąc powstrzymać się od krzyków. Ból ten porównują chorzy niekiedy do pchnięcia nożem, względnie opisują, że odczuwają jakby im wnętrzności rozrywano albo przypalano gorącym żelazem.

Niezwykle silne bóle towarzyszą ostrej martwicy trzustki. Podobnie, bardzo silne bóle występują w razie przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy; te mają nawet swoją nazwę — „bóle perforacyjne" (perforacja — przedziurawienie). Nasilenie bólu perforacyjnego może się zmniejszyć po upływie pewnego czasu, jednak do tej pory bóle są bardzo dokuczliwe i zmuszają chorych do szukania pozycji najbardziej łagodzącej cierpienia, do układania się charakterystycznie n a w z n a k lub n a b o k z wysoko podkurczonymi kolanami.

W przypadku pęknięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy ból perforacyjny umiejscawia się w nadbrzuszu, między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka, skąd następnie promieniuje do barków i łopatek.

Trwoga i niepokój nieodłącznie towarzyszą choremu w rozwijającym się zakażeniu otrzewnej po perforacji ściany przewodu pokarmowego.

Inny charakter bólu spotyka się w niedrożności. Początkowo nasilenie bólu jest duże, następnie okresowo przemija i znów na przemian nasila się i ustępuje. Charakterystycznym tego przykładem jest w g ł o b i e n i e j e l i t a. Przejście w stan niedrożności rozpoczyna się nagle, nagle też zjawia się ból, chory krzyczy, a na jego twarzy maluje się lęk i cierpienie. Wgłobienie zdarza się najczęściej u dzieci.

Pojawienie się bólu łączy się z ruchami perystaltycznymi jelit. Ruchy te nie są stałe, toteż po okresie bólów następuje przerwa w czasie której dziecko chore nawet bawi się nie skarżąc się na nic. W miarę postępu choroby przerwy są coraz rzadsze. Dołączają się objawy zatrucia, krwawe stolce, a w czasie wolnym od skurczu powłok brzucha wyczuwa się w jamie brzusznej guz wgłobieniowy.

Podobnie przerywany ból spotyka się w innych stanach niedrożności, np. w skrętach, przepuklinach uwięźniętych itp.

Za niedrożnością przewodu pokarmowego przemawiają także inne charakterystyczne objawy, jak wymioty, zatrzymanie wiatrów i stolca oraz bardzo ważne dla rozpoznania —

stawianie się jelit, wyraźnie widoczne poprzez powłoki brzuszne.

Okresowe napady bólów brzucha obserwuje się w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego. Z chwilą przedziurawienia wyrostka robaczkowego ból może spotęgować się i upodobnić do bólu perforacyjnego; jego umiejscowienie odpowiada kątnicy i wyrostkowi robaczkowemu, to znaczy koncentruje się w prawym podbrzuszu, może jednak promieniować w górę, a w okresie późniejszym obejmuje zazwyczaj cały brzuch. Wtedy, dopiero badając ręką można określić punkty najbardziej bolesne.

Silny i napadowy ból może być niekiedy wyrazem kamicy wątrobowej względnie nerkowej; lokalizuje się albo w okolicy prawego podżebrza (wątroba) albo w okolicy lędźwiowej (nerki). Nie spostrzega się przy tym z reguły objawów zakażenia otrzewnej. Z wywiadów dowiadujemy się, że chorzy ci niejednokrotnie miewali już podobne napady bólów zazwyczaj po jakimś błędzie dietetycznym. Jest to bardzo cenna wskazówka diagnostyczna.

Rozlane bóle brzucha spotyka się w wielu cierpieniach, które jednak nie wymagają leczenia operacyjnego. Nie będziemy więc ich tutaj wyliczać. Rozpoznanie choroby i ustalenie planu postępowania należy do lekarza, dla pielęgniarki zaś uwagi powyższe stanowić mają wartość wskazówek praktycznych w codziennej pracy, w której bardzo często pozostawiona jest sama sobie.

Należy zawsze pamiętać, że ból jest jednym z wielu objawów i sam jako taki o niczym nie decyduje, jest jednak sygnałem bardzo ważnym, który nakazuje wzmożoną uwagę, aby nie przeoczyć „ostrego brzucha". Trzewia, a jeszcze w większej mierze otrzewna są bardzo obficie unerwione. Podrażnienie interoreceptorów momentalnie dochodzi do świadomości jako uczucie bólu i na drodze odruchowej doprowadza do powstania innych objawów, które pojawiają się kolejno w miarę rozwoju cierpienia.

WYMIOTY

Wymioty to po bólach drugi charakterystyczny, częsty objaw wskazujący, że w jamie brzusznej toczy się jakiś proces chorobowy, nad którym nie można przejść do porządku dziennego.

Wymioty w chorobach jamy brzusznej są następstwem podrażnienia zakończeń nerwowych otrzewnej i ścian żołądka przez produkty rozpadu powstające w przebiegu sprawy chorobowej. (Wymioty mogą być również innego pochodzenia, np. mózgowego). Charakter ich, obfitość i częstość występowania są różne, zależnie od stopnia nasilenia sprawy chorobowej, względnie od indywidualnej pobudliwości nerwowej pacjenta.

Zawartość wymiocin w pierwszych okresach cierpienia stanowi treść pokarmowa, niekiedy kwaśna, niekiedy z lekka zabarwiona zielonkawo żółcią, często z dużą domieszką śluzu. W przypadkach krwawienia w obrębie przewodu pokarmowego w wymiocinach widzieć można zmienioną krew (wymioty fusowate). W stanach daleko posuniętej niedrożności wymiociny zawierają treść kałową — jest to ostrzeżenie, że stan chorego jest bardzo groźny.

Wymiotom z reguły towarzyszą mdłości, odbijania i nudności. Niekiedy dołącza się czkawka jako wynik podrażnienia przepony przez wysięk zapalny otrzewnej (czkawka może być również pochodzenia ośrodkowego).

W niektórych cierpieniach wymioty przeważają w pierwszym okresie choroby, pacjent zauważa poprawę i odczuwa ulgę po zwymiotowaniu. W większości przypadków wymioty nasilają się wraz z rozwojem zakażenia otrzewnej.

Wymioty pociągają za sobą odwodnienie organizmu i pozbawienie go chloru (kwas solny w żołądku zawiera jon chloru Cl), czego następstwem są zmiany w strukturze biochemicznej krwi, sprzyjające wystąpieniu zespołu wstrząsu.

Pojawienie się wstrząsu znacznie pogarsza stan ogólny chorego, a rokowanie staje się bardzo niepewne.

WSTRZĄS

W przebiegu ostrego zakażenia otrzewnej rozwija się mniej lub więcej wyraźny zespół wstrząsu, ze wszystkimi objawami — do utraty przytomności włącznie.

Obserwujemy zatem bladość względnie zasinienie powłok skórnych, pokrycie skóry zimnym potem, oziębienie kończyn; ciśnienie krwi spada poniżej 100 mm słupa rtęci; tętno przyśpiesza się, staje się nitkowate, ledwo wyczuwalne; ilość uderzeń tętna sięgo 120 — 140 i więcej na minutę; ciepłota ciała wzrasta do 38 — 39 — 40°, przy czym różnica między ciepłotą mierzoną pod pachą a w odbytnicy, która wynosi zazwyczaj 0,5°, waha się tu 1,0 — 1,5°.

Chorzy mają silne pragnienie, którego nie mogą zaspokoić na skutek częstych wymiotów. Następstwem utraty płynów jest odwodnienie organizmu. Stan ten rozpoznaje się przy badaniu skóry i błon śluzowych. Język staje się suchy, blady, jak mówią „staje kołkiem", wargi spierzchnięte, suche, a na skutek zagęszczenia krwi niekiedy bardzo zaczerwienione. Jeżeli cierpienie trwa dłużej, skóra jest sucha, pomarszczona, nieelastyczna, pozbawiona właściwej sobie jędrności.

Niezwykle charakterystycznie przedstawia się twarz chorego: wpadnięte wgłąb gałki oczne, niespokojny wzrok, szeroko rozwarte błyszczące oczy; rysy twarzy zaostrzone, policzki zapadnięte, nos wyciągnięty, sinica warg

i uszu, a przy tym malujący się strach i nieludzkie cierpienie — oto znany od setek lat obraz twarzy chorego na zakażenie otrzewnej.

Opis powyższy podał jako pierwszy ojciec medycyny, wielki uczony grecki, Hipokrates, dlatego też taką twarz nazywa się obliczem hipokratesowym *(facies hipocratica).*

Dla całości obrazu należy wspomnieć o charakterystycznym ułożeniu chorego w pozycji, która sprawia mu najmniej dolegliwości — na boku lub na wznak z podkurczonymi nogami („zwinięty w kłębek").

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Dla ustalenia prawidłowego rozpoznania nie wystarczy oczywiście oparcie się li tylko na objawach subiektywnych, trzeba koniecznie poprzeć je dokładnie badaniem przedmiotowym.

Znajomość kardynalnych objawów zakażenia otrzewnej jest pielęgniarce bardzo potrzebna, bo nierzadko tak bywa, iż właśnie pielęgniarka jest pierwszym ogniwem pomocy medycznej, do której zwraca się chory.

Do badania przedmiotowego należy badanie tętna, ciepłoty ciała, oglądanie chorego, oglądanie jego wymiocin, stolca itd. Niektóre z tych czynności omówiono już poprzednio.

Przed przystąpieniem do badania brzucha chorego należy ułożyć na wznak, rozebrać tak, aby cały brzuch można było obejrzeć i zbadać za pomocą obmacywania (palpacji).

Badanie z reguły rozpoczynamy od oglądania, zwracając uwagę na symetrię i wysklepienie powłok brzusznych, na sposób (tor) oddychania, na ewentualne stawianie się jelit lub dające się spostrzec guzowate uwypuklenia itp.

Upośledzenie, względnie zniesienie oddychania brzusznego jest objawem bardzo charakterystycznym dla zakażenia otrzewnej. Ten ważny objaw jest następstwem odruchowego wstrzymania normalnej pracy przepony. Całkowite zniesienie oddychania brzusznego może poprzedzać o d d y c h a n i e   r o z k o j a r z o n e, kiedy ruchy klatki piersiowej nie zgadzają się z ruchami przepony.

Objaw ten widać najwyraźniej, gdy chory wykonuje głębokie oddechy. Należy zatem polecić pacjentowi, by równo i możliwie głęboko wykonał kilka wdechów i wydechów. Następnie prosimy chorego o chwilowe wstrzymanie oddechu i patrzymy czy poprzez powłoki brzuszne nie uwidacznia się guz, względnie czy nie spostrzeżemy s t a w i a n i a   s i ę   p ę t l i   j e l i t o w e j. W przypadkach niedrożności, np. wgłobienia jelit, udaje się zazwyczaj stwierdzić takie guzowate uwypuklenie powłok brzusznych, a jednocześnie poprzez powłoki można obserwować wzmożone fale perystaltyczne na odcinku jelita położonym powyżej przeszkody.

Stawianie się jelit jest bardzo poważną wskazówką diagnostyczną w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego. Guzowate uwypuklenie widzi się niekiedy w okolicy pachwinowo-udowej w razie uwięźnięcia przepukliny tych okolic. Nieodłącznym objawem całkowitej niedrożności przewodu pokarmowego jest zatrzymanie się nie tylko stolca, ale — co ważniejsze — z a t r z y m a n i e   w i a t r ó w, czyli niemożność oddawania gazów.

Po opisanym badaniu należy jeszcze koniecznie dotknąć ręką brzucha pacjenta, aby się przekonać czy istnieje skurcz mięśni przedniej ściany brzucha, czy też nie. Ten objaw — s k u r c z   m i ę ś n i   p r z e d n i e j   ś c i a n y   j a m y   b r z u s z n e j — nazywa się „o b r o n ą   m i ę ś n i o w ą". Jest to objaw tak ważny i charakterystyczny, że wśród chirurgów utarło się nawet powiedzenie: „jeśli stwierdza się obronę mięśniową, ustają dysputy, a głos zabiera nóż chirurga".

Stwierdzenie zatem obrony mięśniowej jest podstawą decyzji o chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej.

Przystępując do badania należy pamiętać, by czynić to ciepłą, ogrzaną dłonią, delikatnie i z wyczuciem. Brzuch „twardy", „twardy jak deska", „deskowato twardy" — to powszechnie znane określenia, za którymi kryje się rozpoznanie zakażenia otrzewnej.

W ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego obrona mięśniowa występuje najczęściej w prawym podbrzuszu. W przypadku pękniętego wrzodu żołądka stwierdza się deskowato twarde nadbrzusze itd. Tak jednak bywa tylko we wczesnych okresach cierpienia. Po pewnym czasie, kiedy proces choroby obejmuje już szerszy obszar otrzewnej, trudno jest określić miejsce największego napięcia mięśniowego.

Stwierdzenie obrony mięśniowej zwłaszcza w połączeniu z innymi objawami zakażenia otrzewnej, wymaga jak najszybszej interwencji chirurgicznej. Stąd wypływa praktyczny wniosek dla pielęgniarki, ten mianowicie, że po stwierdzeniu objawów, nasuwających podejrzenie w kierunku zakażenia otrzewnej, trzeba jak najszybciej przekazać chorego w ręce chirurga.

POSTĘPOWANIE

Jak więc powinna zachowywać się pielęgniarka po stwierdzeniu, że ma do czynienia z przypadkiem wymagającym natychmiastowej interwencji chirurgicznej?

Jeżeli pracuje z lekarzem, zasięga oczywiście w pierwszym rzędzie jego opinii. Gorzej jest, gdy lekarza w danej okolicy nie ma w pobliżu, gdy jest nieobecny lub nieosiągalny, a pielęgniarka musi coś poradzić. W tym wypadku p o w i n n a   n i e z w ł o c z n i e   r o z p o c z ą ć   s t a r a n i a,   b y   p r z e w i e ź ć

chorego do najbliższego szpitala, gdzie dyżuruje zespół chirurgiczny.

„Obrona mięśniowa" ma ogromne znaczenie dla chirurga, który ma powziąć decyzję: przystąpić do zabiegu operacyjnego czy też nie? Skurcz może czasem cofać się w miarę narastania zakażenia otrzewnej, a dzieje się to zwykle po podaniu środków uśmierzających ból — środków farmakologicznych z grupy opium, jak morfina, pantopon itp., dlatego nie wolno przed badaniem i bez wyraźnego zezwolenia chirurga podawać wymienionych leków, gdyż utrudniłoby to niezwykle ustalenie rozpoznania. W związku z tym istnieje powiedzenie znane wśród chirurgów: „nie wolno gasić światła, aby nie narażać się na pracę w ciemnościach".

W czasie przygotowań do transportu, względnie w oczekiwaniu na przybycie lekarza, pielęgniarka nie poprzestaje na jednorazowym obejrzeniu i zbadaniu chorego, ale kontroluje co pewien czas swoje spostrzeżenia, mierzy ciepłotę ciała, bada tętno, ogląda wymiociny, obserwuje stan ogólny pacjenta itd.

TRANSPORT

Transport chorego z podejrzeniem lub rozpoznanym zakażeniem otrzewnej musi odbywać się środkami przewozowymi o dobrych resorach. Najlepiej do tego celu nadaje się samochód sanitarny. Jazda samolotem może powiększyć wymioty, jazda koleją zaś przez ciągłe monotonne ruchy sprzyja szerzeniu się infekcji — rozlaniu się zakażenia otrzewnej.

Chorego układa się na noszach w pozycji półleżącej z podpórką pod kolana. W pobliżu należy mieć w pogotowiu nerkę z uwagi na wymioty. Z obawy przed zakrztuszeniem konieczna jest stała opieka nad pacjentem. Opieka ta trwa bez przerwy aż do momentu przekazania chorego w ręce chirurga.

Kazimierz Łodziński

Dr KAZIMIERZ OSTROWSKI

CHOLERA

Zagadnienia stanowiące ośrodek zainteresowań medycyny praktycznej i teoretycznej są określane przez aktualne potrzeby życiowe. Do niedawna, bo do okresu przed II wojną światową pewne choroby zakaźne zaczęły powoli schodzić z warsztatów badawczych, ponieważ częstość zachorowań na nie była coraz mniejsza, a szanse nawrotu tych chorób w formie epidemicznej — minimalne. Do tych chorób zakaźnych należały m. in. ospa, dżuma i cholera.

Ten niezmiernie korzystny, oczywisty postęp medycyny zapobiegawczej i leczniczej został niestety zahamowany. Zagadnienie dżumy, cholery i innych wygasających chorób, stanowiących ongiś plagę ludzkości, stało się na nowo aktualne wobec zagrożenia okrutną bronią bakteriologiczną. Obiektywne dane procesów w Chabarowsku, Norymberdze oraz protokóły Międzynarodowej Komisji dla badań wojny bakteriologicznej w Korei i Chinach Północnych potwierdziły, że faszyzm nie waha się przed popełnieniem najokrutniejszej nawet zbrodni dla osiągnięcia swych celów.

Cholera azjatycka należy do chorób, które w pewnych warunkach mogą być wykorzystane dla celów dywersji i sabotażu. Choroba ta, której opisy spotyka się dziś już w zasadzie jedynie w podręcznikach medycyny tropikalnej, stać się może znowu aktualna w klimacie umiarkowanym i należy umieć ją rozpoznawać, zwalczać i zapobiegać jej.

Cholera występuje dziś jedynie w ogniskach endemicznych*) w Indiach i południowych Chinach. Dawniej Europa wielokrotnie przechodziła epidemie wywodzące się z tych ośrodków. Od czasu zorganizowania sprawnej służby przeciwepidemicznej w ZSRR, Europa jest w pełni zabezpieczona przed rzutami epidemii szerzących się za czasów carskich drogą lądową z Indii. Oczywiście, cholera może być także zawleczona drogą morską czy nawet lotniczą.

Cholera znana była na Wschodzie od wieków. Opisy epidemii cholery spotyka się w starych kronikach hinduskich, chińskich i japońskich. Trudno dziś ocenić z pewnością czy nie były to epidemie innych ostrych chorób żołądkowo-jelitowych, np. czerwonki, ale wiele przemawia za tym, że były to właśnie epide-

*) Ogniska endemiczne — obszary, na których panuje stale epidemia danej choroby zakaźnej, o nikłym nasileniu. Z ognisk takich co pewien czas wychodzą rzuty epidemii na tereny sąsiednie. Przyczyna niewygasania ognisk endemicznych cholery nie jest jeszcze całkowicie ustalona.

mie cholery. Epidemie cholery nawiedzały Europę i przed erą bakteriologiczną i traktowano je jako skutek zawleczonych tu „miazmatów Wschodu".

Czynnik chorobotwórczy cholery został wykryty u progu ery bakteriologicznej przez jednego z twórców tej nauki, słynnego uczonego niemieckiego Roberta Kocha.

Robert Koch znany jest powszechnie jako odkrywca prątków gruźliczych, zwanych od jego nazwiska prątkami Kocha. Ten sam uczony wykrył w czasie epidemii cholery w Egipcie w r. 1883 — w wymiocinach i kale chorych drobne bakterie, kształtu przecinka, które nazwano przecinkowcami cholery *(vibro cholerae)*. Przecinkowce cholery łatwo hoduje się na tzw. wodzie peptonowej, którą w pewnym stopniu porównać można do stojących wód naturalnych, zawierających substancje powstające z rozkładu resztek zwierzęcych czy roślinnych. Ma to duże znaczenie epidemiologiczne. W pewnych warunkach, szczególnie w klimacie ciepłym, zbiorniki wody, zanieczyszczone wydalinami chorych, mogą być długi czas źródłem zakażeń.

Duże zasługi dla pewnego rozpoznawania bakteriologicznego cholery położył polski uczony, *Bujwid*, opisując swoistą reakcję chemiczną w hodowli przecinkowców cholery pod wpływem kwasu siarkowego. Reakcja ta znana jest na całym świecie, jako reakcja na „czerwień cholery".

Najważniejszym źródłem zakażenia i szerzenia się epidemii jest człowiek chory, względnie nosiciel cholery. Wymiociny i kał chorego, względnie nosiciela, zawierają ogromne ilości przecinkowców cholery. Do rozpowszechniania epidemii przyczyniają się muchy, przenoszące zarazki na swoich łapkach oraz zakażone źródła zaopatrzenia w wodę.

Jedyną uznaną dziś drogą zakażenia cholerą jest zakażenie poprzez przewód pokarmowy. Przecinkowce cholery są jednak bardzo wrażliwe na kwas solny, wydzielany w żołądku, który je z łatwością niszczy. Dlatego też nie zawsze, mimo połknięcia zarazków, dochodzi do zachorowania.

Słynnym wydarzeniem w świecie naukowym za czasów Roberta Kocha był manifestacyjny gest znanego badacza w dziedzinie epidemiologii, *Pattenkofera*. Uczony ten był zaciekłym przeciwnikiem poglądów głoszonych przez Kocha, że przyczyną cholery jest swoisty zarazek chorobotwórczy, mianowicie przecinkowiec cholery. Na jednym z posiedzeń naukowych Pettenkofer wypił na oczach zgromadzonych czystą hodowlę bakteryjną przecinkowców cholery, by „doświadczalnie przekonać świat naukowy, iż Robert Koch nie ma racji. Co najciekawsze, po tym „doświadczeniu" Pettenkofer nie zachorował...

Dziś potrafimy wyjaśnić to wydarzenie, podobnie jak i szczególne wypadki odporności niektórych ludzi w czasie epidemii. W wielu epidemiach zaobserwowano mianowicie, że ludzie, którzy „nie boją się choroby", nie drżą przed niebezpieczeństwem zarażenia się, rzeczywiście na cholerę nie zapadają. Mechanizm tego zjawiska wyjaśnia nam teoria oparta na twierdzeniach Pawłowa o wpływie centralnego układu nerwowego na całość spraw fizjologicznych i patologicznych ustroju. Wiemy z życia codziennego, że u ludzi zastraszonych, przerażonych lub zmartwionych znika apetyt. Wiąże się to z zahamowaniem na drodze odruchowo-nerwowej wydzielania soku żołądkowego. W czasie epidemii niedostateczne wydzielanie soku żołądkowego wysoce usposabia do zachorowania. Brak soku żołądkowego umożliwia wtargnięcie zarazków cholery do jelit, gdzie znajdują pełne możliwości mnożenia się i wywoływania choroby.

Pettenkofer, który „nie wierzył w bakterie", cieszył się niewątpliwie dobrym apetytem. Przed swoim wystąpieniem zjadł obfite śniadanie, po którym wydzielanie soku żołądkowego — jak zwykle po jedzeniu — wzmogło się i to uratowało uczonego przed zachorowaniem. Tak samo ludzie, którzy lekceważą grozę epidemii, względnie opierając się o przesłanki naukowe z całym spokojem zabezpieczają się przed możliwością zakażenia, „produkują" normalną ilość soku żołądkowego, co w dużym stopniu zabezpiecza przed wniknięciem zarazków do dalszych części przewodu pokarmowego. Oczywiście nie wystarczy „nie bać się", by nie zachorować na cholerę, ale nie ulega wątpliwości, że ten czynnik psychiczny w pewnej mierze zmniejsza ewentualność zachorowania.

PRZEBIEG KLINICZNY

Przebieg kliniczny cholery w przypadkach klasycznych jest bardzo typowy. Okres inkubacji, tj. czas upływający od chwili wtargnięcia zarazka do ustroju do chwili pojawienia się objawów chorobowych, trwać może tylko kilka godzin, a nie przekracza 5 — 7 dni. Choroba zaczyna się nagle osłabieniem, gwałtowną biegunką oraz wymiotami. Znamienne dla cholery jest to, że wymioty występują dopiero po pojawieniu się biegunek.

Kał chorych, opisywany we wszystkich podręcznikach jako kał ryżowaty, rzeczywiście przypomina odwar ryżu swą białawo-mętną barwą i zupełną płynnością. Kał ten nie cuchnie i nie brudzi. Wymiociny są bardzo podobne do kału.

Biegunka i wymioty powtarzają się bardzo często. Chory nie odczuwa parcia na stolec, oddaje duże ilości kału, który po prostu wylewa się z przewodu pokarmowego. Biegunka i wymioty szybko powodują oczywiście ogromne odwodnienie chorego, a tym samym zagęszczenie krwi. Zagęszczenie krwi odbija się fa-

talnie na układzie krążenia. Zmniejsza się ilość moczu. Nerki często ulegają uszkodzeniu i przestają w ogóle produkować mocz, a wtedy organizmowi grozi zatrucie — mocznica. Wskutek głębokiego zaburzenia w przemianie materii powstają kwaśne produkty przemiany, które nie wydalane przez nerki zakwaszają organizm.

Na skutek odwodnienia ustroju rysy twarzy chorego zaostrzają się, oczy tkwią głęboko w oczodołach, nos wydaje się wydłużony, policzki zapadnięte. Tak zmienioną twarz opisuje się jako „twarz hipokratesową". (Od nazwiska starożytnego lekarza greckiego, ojca medycyny, Hippokratesa, który poraz pierwszy opisał ten objaw odwodnienia). Bardzo charakterystyczne jest także osłabienie aparatu mięśniowego krtani, co powoduje bezdźwięczność głosu, tzw. „głos choleryczny". Niezwykle znamienną cechą pierwszego okresu choroby jest obniżenie ogólnej ciepłoty ciała poniżej 36,0°. Jest to tzw. *„stadium algidum"*, kończące się często śmiercią.

Jeżeli chory przetrzyma to stadium, przechodzi w drugi, równie niebezpieczny okres choroby cechujący się podniesieniem ciepłoty do 40 — 41°. W tym okresie najgroźniejszym powikłaniem bywa mocznica, spowodowana uszkodzeniem nerek oraz zapaść sercowa. Biegunka utrzymuje się nadal, ale nie jest tak bardzo nasilona. Po przebyciu tego okresu chory ma szanse powrotu do zdrowia. Przebycie choroby nie uodparnia człowieka na stałe. Odporność nabyta trwa najwyżej sześć miesięcy, po którym to czasie dany osobnik może ponownie zachorować.

Typowa postać cholery jest z punktu widzenia epidemiologicznego mniej niebezpieczna od poronnych postaci tego schorzenia. Niektórzy chorzy bowiem nie mają tak gwałtownych objawów typowych. Cholera przebiega u nich pod postacią nieżytu żołądkowo-jelitowego o mniejszym lub większym nasileniu. Te postacie cholery nie rozpoznane i — co najważniejsze — nie izolowane stać się mogą groźnym rozsadnikiem epidemii.

Jedna cecha tej groźnej choroby jest stosunkowo korzystna, ta mianowicie, która powoduje samorzutne dość szybkie wygasanie epidemii. Nosicielstwo ** zarazków cholery nie trwa naogół dłużej niż dwa miesiące. Zarazki cholery w naszym klimacie giną poza ustrojem stosunkowo szybko, natomiast w klimacie ciepłym, zwłaszcza w zbiornikach wody mogą utrzymywać się długo.

Śmiertelność w czasie epidemii cholery jest duża, wynosi około 50%. Co drugi chory umiera. Najcięższą postacią, która prowadzi do śmierci, jest tzw. cholera sucha *(cholera sicca)*, gdzie od samego początku choroby jelita ulegają porażeniu i nie ma żadnych biegunek.

Odróżnienie cholery od innych zaburzeń żołądkowo - jelitowych jest stosunkowo łatwe. Podobne do cholerycznych silne biegunki z objawami odwodnienia mogą powstać w przypadku zatruć pokarmowych oraz czerwonki. W zatruciach pokarmowych, wywołanych czy to przez drobnoustroje, czy przez jakieś substancje trujące, wymioty i nudności poprzedzają zazwyczaj biegunkę, kał zaś nigdy nie przybiera charakteru „ryżowatego". Czerwonka np. różni się od cholery tym, że kał zawiera domieszkę krwi oraz bolesnymi, uporczywymi parciami na stolec, czego w cholerze nie ma. W wypadkach podejrzanych decydujące znaczenie ma badanie bakteriologiczne kału oraz wymiocin.

LECZENIE

Leczenie chorych na cholerę poczyniło ostatnimi czasy ogromny postęp, działanie jego idzie w dwóch kierunkach. 1) przeciw zarazkom cholery, 2) przeciw skutkom odwodnienia, spowodowanego biegunką i wymiotami oraz przeciw zakwaszeniu ustroju w następstwie niewydolności nerek.

Jako środki przeciwbakteryjne stosuje się sulfamidy (typu sulfoguanidyny) oraz antybiotyki — streptomycynę, chloromycynę i aureomycynę.

Dla uratowania chorego ważniejsze często bywa likwidowanie stanu odwodnienia. W tym celu stosuje się obfite, dożylne wlewanie płynów o specjalnym składzie chemicznym, które równocześnie poprawiają równowagę kwasowo - zasadową ustroju.

Biologiczną formą walki z zarazkiem, stosowaną też i w celach profilaktycznych, jest leczenie bakteriofagiem. Bakteriofag, jest to drobnoustrój będący pasożytem bakterii chorobotwórczych; wprowadzony do przewodu pokarmowego chorego żeruje na przecinkowcach cholery i niszczy je.

ZAPOBIEGANIE

Głównym, a w warunkach normalnych wręcz jedynym źródłem zakażenia jest człowiek chory, względnie nosiciel. Zwierzęta na cholerę nie chorują. Przecinkowce cholery w ogromnych ilościach opuszczają ustrój chorego i trafiają do przewodu pokarmowego innych ludzi albo z pokarmem zakażonym przez muchy, albo z zakażoną wodą. Kał i wymiociny chorych na cholerę nie są odrażające i nie budzą naturalnego odruchu wstrętu. Dlatego też niezwykle ważne jest uświadomienie personelu leczącego i pielęgnującego chorych o wysokiej zakaźności tych wydalin.

**) Nosiciel — osobnik, w którego organiźmie najczęściej w przewodzie pokarmowym, znajdują się drobnoustroje chorobotwórcze wydzielające się na zewnątrz. Nosiciel, dzięki wrodzonej lub nabytej odporności, sam nie choruje, ale bardzo zagraża otoczeniu. Nosicielstwo w cholerze trwa stosunkowo krótko, około 2 miesięcy.

Cholera — obok ospy, dżumy, duru plamistego i żółtej febry — należy do chorób, o których pojawieniu się, w myśl konwencji międzynarodowej, poszczególne państwa mają obowiązek nawzajem się zawiadamiać i co do których istnieją określone przepisy kwarantannowe. Każdy przypadek cholery musi być natychmiast izolowany, a w wypadku zaistnienia w okolicy podejrzanej o występowanie cholery jakichkolwiek zaburzeń żołądkowo - jelitowych, te ostatnie muszą być traktowane jako podejrzenie w kierunku cholery.

Metody walki z cholerą i zapobieganie jej epidemiom na szczególnie wysokim poziomie stoją w Związku Radzieckim, który jest krajem bardzo narażonym na wtargnięcie tej choroby od strony granic południowych. Za czasów carskich Rosja stanowiła pomost, po którym epidemie cholery szerzyły się z Indii na Europę, ogarniając oczywiście po drodze i Polskę. Doskonała organizacja społecznej służby zdrowia w ZSRR oparta na „Przepisach sanitarnej ochrony granic ZSRR“ chroni skutecznie tak Związek Radziecki jak i całą Europę od inwazji cholery drogą lądową. O skuteczności tej ochrony świadczy przekonywująco zupełny brak przypadków cholery w ZSRR w r. 1939, kiedy to epidemia cholery panowała w krajach graniczących z ZSRR, a mianowicie w Mandżurii, Chinach zachodnich i Afganistanie.

Państwa kolonialne, utrzymujące stały kontakt z krajami, gdzie istnieją endemiczne ogniska cholery, zorganizowały na Morzu Czerwonym w Suezie i Gibraltarze ośrodki kwarantannowe mające chronić metropolie przed zawleczeniem tam epidemii.

Wszystkim przybywającym ze strefy podejrzanej o istnienie cholery, pobiera się obowiązkowo kał na badanie bakteriologiczne. Do chwili otrzymania wyników badań bakteriologicznych podróżni muszą pozostawać w ścisłej izolacji — kwarantannie. W razie wykrycia choroby lub nosicieli przekazuje się ich natychmiast do specjalnych oddziałów leczniczych. Po wyleczeniu ozdrowieniec przebywa w izolatorze. W tym czasie pobiera się trzykrotnie — co 5 dni — kał do badania bakteriologicznego i w razie nie wyhodowania przecinkowców cholery, ozdrowieniec może być ze szpitala zwolniony, ale ma obowiązek kontrolowania kału przez trzy miesiące, pobierając go co miesiąc do badań bakteriologicznych. Nosicieli nie zwalnia się z izolatorów aż do zupełnego wyleczenia.

W okresie zagrożenia cholerą rozbudowuje się sieć laboratoriów bakteriologicznych ze specjalnie przeszkolonym personelem. Zapobiegawcza akcja uświadamiająca — przestrzeganie zasad higieny osobistej, picie wody jedynie przegotowanej, odpowiednie przygotowywanie posiłków — chroni przed zakażeniem i ma decydujące znaczenie.

Szczepienia ochronne przeciwko cholerze stosuje się jedynie w czasie rzeczywistego zagrożenia, ze względu na stosunkowo krótką trwałość uzyskanej w ten sposób odporności.

Walka z muchami i walka o jakość wody jest niezmiernie ważnym zagadnieniem, któremu służba sanitarna szczególnie w okresie zagrożenia epidemią poświęcać musi dużo wysiłku.

Walka z epidemią cholery jest szczególnie trudna w okresie wojny, kiedy ruchy wojsk i ludności stwarzają specjalne trudności w organizowaniu skutecznych metod zwalczania tej groźnej choroby.

Kazimierz Ostrowski

JADWIGA BELOŃSKA

Sprawa bardzo ważna

(Samokształcenie)

Zdrowie obywatela budującego podstawy socjalizmu w naszej Ojczyźnie przestało być jego sprawą prywatną, a stało się zagadnieniem państwowym, które przejawia się w rosnącej sieci służby zdrowia dla świata pracy.

Jakość doświadczeń tej służby zdrowia zależna jest głównie od jakości kadr, od ich przygotowania zawodowego, ogólnego i ideologicznego. Około 70% pracowników służby zdrowia stanowią pielęgniarki.

Na odprawie aktywu służby zdrowia w dniu 26.XI.50 r. Minister Zdrowia dr Jerzy Sztachelski powiedział:

„Przygotowanie fachowe i uspołecznienie pielęgniarki jest ogromnie ważnym czynnikiem w wielu dziedzinach pracy służby zdrowia. Praca pielęgniarki decyduje o wewnętrznym życiu zakładu leczniczego, o poziomie pielęgnacji, o trosce o chorego, o atmosferze wewnętrznej zakładu

lecznicczego. Pielęgniarka jest kluczowym i niezbędnym ogniwem w szeroko pojętej pracy profilaktycznej. Pielęgniarka jest bliską pomocnicą lekarza, od której w dużym stopniu zależy wydajność jego pracy".

Służba zdrowia, która jak wszystkie osiągnięcia Polski Ludowej, powstała z walki i trudu klasy robotniczej — służy klasie robotniczej. Świadomość tego musi kierować pracą każdej socjalistycznej pielęgniarki, która, wyrastając z klasy robotniczej, powinna stworzyć w instytucjach służby zdrowia taką atmosferę, aby robotnik i chłop czuł, że instytucja ta dla niego została stworzona i jest utrzymywana z wysiłku jego pracy

Dla pomyślnego rozwoju i działalności instytucji służby zdrowia niezmiernie ważna jest postawa ideologiczna pielęgniarki, jej osobiste walory zarówno fizyczne, psychiczne jak i umysłowe. O wydajności pracy w lecznictwie decyduje w dużej mierze właśnie praca pielęgniarki, ona organizuje wewnętrzne życie na sali szpitalnej, ona to jest odpowiedzialna za ład i porządek, za dietę chorego. Pielęgniarka powinna sprawić, by chory czuł, że sprawa jego zdrowia jest najważniejszą sprawą dla wszystkich pracowników danej instytucji.

Pielęgniarka już swoją zewnętrzną postawą musi wzbudzać zaufanie chorego. Wygląd jej powinna cechować schludność i estetyka — czysty fartuch, porządnie założony czepek, starannie upięte i uczesane włosy — oto konieczne walory zewnętrzne, które stanowią jej służbowy obowiązek. Niedbale ubrana lub pretensjonalnie wyglądająca pielęgniarka nie może zyskać zaufania chorego. Miły i estetyczny wygląd oraz poważny, serdeczny stosunek do chorego są to nieodzowne zalety zawodowe.

Obok estetycznego wyglądu do fizycznych walorów pielęgniarki należy wytrzymałość na zmęczenie oraz odporność na choroby, uzyskać je można przez stosowanie racjonalnego odpoczynku i uprawiania sportów. Niestety, sport wśród pielęgniarek nie jest popularny, a jest to zagadnienie, na które powinno się położyć duży nacisk. Uaktywnienie pielęgniarki na polu sportowym w poważnym stopniu przyczyni się do uodpornienia jej na wszelkiego rodzaju choroby, sport utrzyma i usprawni dobrą kondycję, a w godzinach wolnych od zajęć — ułatwi pielęgniarce pełniejszy odpoczynek, uczyni jej pracę bardziej radosną i wydatną.

Słuszna postawa ideologiczna pielęgniarki stanowić będzie o jej głęboko humanistycznym stosunku do człowieka, zadecyduje o sumienności i uczciwości w wykonywaniu zawodu. Dalsze zalety pielęgniarki to dobra pamięć i umiejętność obserwacji, które stanowią warunek jej wartościowej pracy, „gapiostwo" zawodowe u pielęgniarki może bowiem pociągnąć za sobą jak najbardziej smutne skutki.

W stosunku do zleceń lekarza pielęgniarkę obowiązuje bezwzględne podporządkowanie się oraz świadoma i lojalna współpraca dla dobra chorego, w stosunku do koleżanek i personelu, prawidłowo pojęta koleżeńskość, która nie polega na ukrywaniu błędów i wykroczeń, jak to niejednokrotnie bywa, ale na gotowości pomocy w pokonywaniu błędów i niedopuszczaniu do wykroczeń. Pomocą będzie tu pielęgniarce dobrze pojęta krytyka i samokrytyka przeprowadzana na odprawach roboczych, zebraniach ZMP i innych masowych organizacji. Pamiętać należy, że rozwój i poziom służby zdrowia zależny jest od pracy nie jednostek choćby najzdolniejszych, ale od pracy zespołu zjednoczonego wokół przewodniej idei, którą jest zdrowie szerokich mas budujących socjalizm w naszym kraju.

Aby sprostać zaszczytnym zadaniom zawodu, konieczne jest nie tylko możliwie najlepsze wyszkolenie zawodowe, teoretyczne i praktyczne, ale również ukształtowanie ideologicznego światopoglądu i osiągnięcie świadomości celów, do których dąży Polska Rzeczpospolita Ludowa i jej służba zdrowia.

Dyplom szkoły pielęgniarstwa czy egzamin państwowy świadczy jedynie o zdobytym zasadniczym przygotowaniu do pracy pielęgniarskiej, aby praca pielęgniarki miała jednak prawdziwą wartość konieczne jest stałe pogłębianie wiedzy.

Jednym z podstawowych warunków wydajnej pracy pielęgniarki jest samokształcenie. Trudno jest zagadnienie samokształcenia ująć w jakieś jednolite ramy czy ustalić uniwersalny program, jest ono zależne od osobistych zainteresowań — winno jednakże obejmować dwa zasadnicze działy: **zawodowy i ideologiczny.** Żaden bowiem świadomy obywatel nie może zamknąć się wyłącznie w swojej specjalności — dokształcenie nie tylko rozszerza horyzont, czyni pracę bardziej świadomą i milszą, ale daje jednocześnie możność uzyskania zagwarantowanego przez nasz ustrój awansu. Stałe podnoszenie poziomu ogólnego, ideologicznego i zawodowego otwiera drogę do wszystkich stanowisk zarówno w lecznictwie jak i w szkolnictwie, bowiem w obecnym ustroju o awansie decyduje praca i nauka, będące wyrazem ustosunkowania danej jednostki do naszej rzeczywistości.

Przy samokształceniu zawodowym należy korzystać z prasy fachowej, która zapoznaje nas nie tylko z najnowszymi osiągnięciami i zdobyczami wiedzy medycznej, ale orientuje również w zagadnieniach organizacyjnych, pozwoli zrozumieć popełnione błędy, wskaże osiągnięcia przodujących instytucji służby zdrowia.

W okresie międzywojennym pielęgniarki odczuwały poważny brak podręczników, obecnie każda dyscyplina kliniczna reprezentowana jest już co najmniej przez jeden podręcznik obejmujący podstawowy zakres wiedzy potrzebnej pielęgniarce. Książki te powinny służyć nie tylko uczniom średnich szkół medycznych, ale i wszystkim zatrudnionym pielęgniarkom. Zainteresowanie w pogłębieniu wiadomości zawodowych jest równoznaczne z zainteresowaniem pracą, która z natury rzeczy wymaga świadomego jej wykonywania. Poza pracą zawodową i podręcznikami, do po-

szerzenia i pogłębienia wiadomości przyczyni się odwiedzanie wystaw medycznych, udział w konferencjach i zjazdach, dyskusje z lekarzami na tematy stosowania nowych metod leczenia, działania leków itp.

Zdobywanie wiadomości z dziedziny ogólnej, względnie wybranej — najlepiej jest realizować według opracowanego przez siebie planu. Pamiętajmy, że każdy dobry obywatel i patriota powinien starać się dobrze poznać swój ojczysty język i umieć posługiwać się nim bezbłędnie. Zwracając uwagę na poprawność językową naszych wypowiedzi czy pism należy niejednokrotnie posiłkować się gramatyką. W dobrym opanowaniu języka ojczystego pomoże nam także dobra lektura, jednakże nie czytajmy bez wyboru. Jeżeli dobór lektury sprawia nam trudność, zwróćmy się o pomoc do kierownika biblioteki, który wskaże autorów i tytuły książek odpowiadających naszym zainteresowaniom. Do uzupełnienia wykształcenia przyczyniają się także sztuki teatralne, odczyty, filmy itp.

Dużą pomocą w pogłębianiu i rozszerzaniu wiadomości jest znajomość języka rosyjskiego. Towarzystwo Przyjaźni Polsko-Radzieckiej i związki zawodowe organizując kursy, ułatwiają nam poznanie języka, w którym został napisany dekret o samostanowieniu Narodu Polskiego o swym losie.



W krótkim artykule niesposób wyczerpać w całości poruszonego zagadnienia; zostały tu umieszczone pewne myśli, które powinny stać się punktem wyjścia do dyskusji na łamach „Pielęgniarki" oraz umożliwić Koleżankom ułożenie własnych planów samokształcenia.

Jadwiga Belońska

Dr ZBIGNIEW BOCHENEK

Pogłębiajmy nasze wiadomości zawodowe

INTUBACJA

INTUBACJĄ nazywa się zabieg, polegający na wprowadzeniu do krtani od strony jamy ustnej, specjalnej rurki odpowiedniego kształtu, którą pozostawia się na pewien czas, aby umożliwić oddychanie w razie znacznego zwężenia światła krtani i tchawicy.

Rurka intubacyjna przywraca drożność krtani, gdy na skutek rozmaitych spraw chorobowych powstaną tam takie przeszkody, jak obrzęk, naciek zapalny czy błony, które zamykają dopływ powietrza do płuc. Podobnie rurka intubacyjna może być zastosowana również przy leczeniu różnorodnych bliznowatych zwężeń krtani.

Intubacja jest zabiegiem prostym i nieraz dzięki niej ratuje się życie ludzkie, przede wszystkim w przypadkach błonicy, kiedy też najczęściej bywa stosowana. Wprowadzenie rurki intubacyjnej dziecku, duszącemu się z powodu krupu, znosi natychmiast niebezpieczeństwo śmierci z uduszenia i umożliwia następnie zastosowanie przyczynowych środków leczniczych — surowicy, penicyliny, które likwidując chorobę zasadniczą doprowadzają do oczyszczenia krtani z zamykających ją błon i usuwają zwężenie. Potem rurkę usuwa się.

Intubację stosuje się zwykle zamiast tracheotomii, która — jak wiadomo — polega na przecięciu tchawicy od zewnątrz i wprowadzeniu do niej tą drogą rurki tracheotomijnej. Intubacja jest zabiegiem o wiele prostszym niż tracheotomia, można ją wykonać szybciej, nie powoduje wstrząsu operacyjnego, nie wymaga uprzedniego znieczulania i nie pozostawia po sobie szpecącej blizny; ma jednak pewne strony niekorzystne i w niektórych wypadkach nie może zastąpić tracheotomii. Może być stosowana tylko na pewien ograniczony czas, wymaga stałej, fachowej opieki nad chorym, gdyż rurka intubacyjna łatwo ulega zatkaniu strupami lub wydzieliną, a także może być wykrztuszona na zewnątrz, względnie przeciwnie — zsunąć się w głąb tchawicy. W przypadkach świeżych urazów i zranień krtani rurka intubacyjna tkwiąc w jej świetle drażniłaby uszkodzone tkanki jako ciało obce. Dlatego, pomimo niewątpliwych zalet, intubacja nie może jednak często zastąpić tracheotomii.

Rurki intubacyjne wykonane są z metalu lub twardej gumy. Długość ich wynosi od 38 — 66 mm. Kształtem dostosowane są do światła krtani. Górny, rozszerzony koniec rurki ma z boku otworek, służący do zamocowania nitki asekuracyjnej. Ta powierzchnia rurki, która po wprowadzeniu do krtani będzie przylegać do nagłośni, jest odpowiednio spłaszczona.

Ponieważ intubację robi się najczęściej u dzieci, opiszemy przeto sposób wykonywania jej u chorego dziecka. Przed zabiegiem należy

dziecko owinąć szczelnie prześcieradłem od ramion aż do nóg i spiąć mocnymi agrafkami. Następnie, jedna osoba pomocnicza sadza sobie dziecko na kolana, bierze nogi dziecka między



Prawidłowy sposób trzymania dziecka przy intubacji

swoje skrzyżowane nogi, przytrzymując równocześnie rękoma ręce i tułów chorego. W tym samym czasie druga osoba pomocnicza trzyma głowę dziecka stojąc poza plecami pierwszej. Usta dziecka rozszerzone są rozwieraczem.

Zależnie od wieku dziecka dobiera się odpowiedni rozmiar rurki, które oznaczone są numerami od 1 — 6. Rurki dla dorosłych oznaczone są większymi numerami.

OSOBA wykonująca zabieg, stojąc lub siedząc naprzeciw chorego, wprowadza do gardła dziecka palec wskazujący lewej ręki, wyczuwa nim górny brzeg elastycznej chrząstki nagłośni i znajdujące się ku tyłowi od niej obie chrząstki nalewkowate, które ograniczają wejście do krtani. Rurkę intubacyjną wraz z nitką asekuracyjną wprowadza się do jamy ustnej dziecka za pomocą przyrządu zwanego introduktorem. Przyrząd ten, uwidoczniony na rysunku, trzyma się prawą ręką, a rękojeść jego — w chwili wprowadzania — opiera się o klatkę piersiową dziecka i następnie stopniowo unosi ku górze.

W ten sposób rurka intubacyjna dostaje się do gardła i poza nagłośnię. Odbywa się to pod kontrolą palca wskazującego lewej ręki, który przyciska nagłośnię do podstawy języka. Po wprowadzeniu rurki do światła krtani przytrzymuje się jej górny koniec palcem wskazującym lewej ręki i powoli wyciąga się introduktor. Teraz górny koniec rurki naciska się palcem i wpycha głęboko do krtani. Przy prawidłowym wprowadzeniu rurki słychać wyraźnie szmer powietrza oddechowego, przechodzącego przez rurkę i widać natychmiast, że duszność ustępuje.

Jeśli nie widzi się poprawy w oddychaniu i dziecko nadal krzyczy, świadczy to, że rurka została wprowadzona nieprawidłowo, najczęściej — do przełyku. Nie stanowi to wprawdzie dodatkowego niebezpieczeństwa dla chorego, ale intubacja nie spełniła celu. Rurkę należy wyciągnąć i zabieg powtórzyć od nowa.

Upewniwszy się o prawidłowym ułożeniu rurki, wyprowadza się nitkę asekuracyjną na policzek i zawiązuje jej końce poza małżowiną uszną. Nitkę przymocowuje się do policzka przylepcem. Można też co prawda usunąć nitkę w ogóle, pociągając ją za jeden koniec, jednak pozostawienie nitki ułatwia później usunięcie rurki intubacyjnej, chociaż stwarza pewne ryzyko, że chore dziecko samo ją wyciągnie. Dlatego w razie pozostawienia nitki asekuracyjnej należy dziecko otoczyć troskliwą opieką i nie pozostawiać bez stałej kontroli.

Rurka wprowadzona w ostrych chorobach krtani pozostaje zazwyczaj w ciągu 48 — 72 godzin, natomiast przy leczeniu trwałych zwężeń krtani rurka pozostaje znacznie dłużej.

Powietrze w pokoju, gdzie przebywa chory z rurką intubacyjną powinno być ciepłe i wilgotne. Pożywienie ze względu na trudności połykania, musi być płynne, papkowate lub galaretowate, aby choremu ułatwić odżywianie.



Poszczególne fazy zakładania rurki intubacyjnej

Rurkę intubacyjną można usunąć albo przez pociąganie za nitkę asekuracyjną, jeśli ta nitka pozostała albo przez wymasowanie rurki, uciskając tchawicę od zewnątrz, w kierunku od dołu ku górze. Stosując ten drugi sposób układa się chorego na brzuchu z głową odchyloną ku tyłowi i stopniowo — przechylając głowę ku przodowi — naciska się palcami na tchawicę, aż rurka wysunie się z gardła.

Intubacja u dorosłych jest na ogół zabiegiem bardzo rzadkim. Wykonuje się ją pod kontrolą wzroku za pomocą lusterka krtaniowego lub laryngoskopu, tj. rury metalowej ze sztucznym oświetleniem, która służy do bezpośredniego oglądania krtani.

Zbigniew Bochenek

W trosce o swoje zdrowie

Doceniając znaczenie sportu i wychowania fizycznego dla utrzymania pełnej sprawności organizmu, redakcja miesięcznika „Pielęgniarka Polska" wprowadza, począwszy od numeru kwietniowego, gimnastykę dla kobiet.

O potrzebie uprawiania codziennych ćwiczeń cielesnych nie musimy chyba nikogo przekonywać, ponieważ wiemy, że wszystkie pielęgniarki od najstarszych do najmłodszych zdają sobie sprawę z korzyści, jakie daje gimnastyka kobiecie pracującej.

Zrozumiałe, że przebywanie codziennie w zamkniętym pomieszczeniu przy pielęgnowaniu różnego rodzaju chorych, wdychanie wyziewów szpitalnych, lekarstw, środków dezynfekcyjnych itp. naraża zdrowie pracujących w tych warunkach i z tego względu nakłada na nich obowiązek troszczenia się o własne swoje zdrowie. Najbardziej racjonalnym, prostym, dla każdego dostępnym, a zarazem przyjemnym sposobem jest s t a ł e, s y s t e m a t y c z n e u p r a w i a n i e g i m n a s t y k i.

Trzy wzorce, z których każdy stanowi pewną zamkniętą całość, pomogą zainteresowanym zapoznać się z prawidłami codziennej gimnastyki.



Ryc. 1.

WZORCEC Nr 1

— obejmuje zbiór łatwych ćwiczeń dla osób od lat 16 do 50.

1. Swobodny marsz, luźne wymachy ramion (1 minuta). Zwrócić uwagę na proste trzymanie głowy. Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.

2. Postawa zasadnicza, nogi złączone, ręce przylegają wzdłuż tułowia. Ryc. 2.
3. Z postawy — wymach ramion w przód (ryc. 3), rozkrok lewą nogą i ramiona w bok (ryc. 4), dostawienie prawej nogi do lewej i ramiona w górę (ryc. 5). Powrót do postawy zasadniczej przez opuszczenie ramion przodem. To samo, tylko rozkrok rozpoczynać prawą nogą (wykonać od 4 do 8 razy).



Ryc. 4.

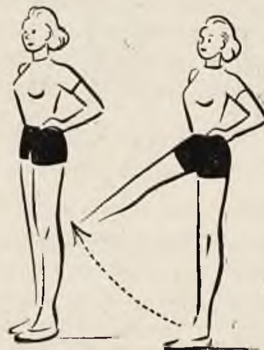


Ryc. 5.



Ryc. 6.

4. Lekki przysiad na palcach, ramiona w przód (ryc. 6). Powtarzać od 4 do 8 razy.



Ryc. 7.

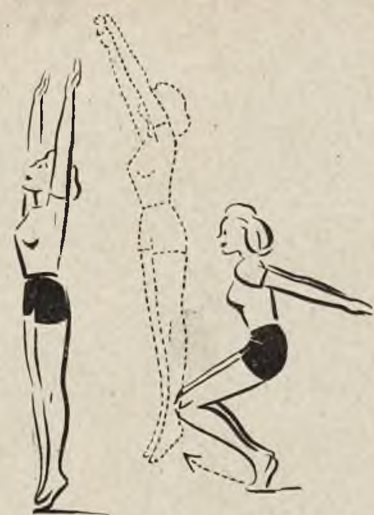
5. W postawie ręce na biodra, odchylenie nogi wyprostowanej w bok (raz lewa, raz prawa). Wykonać od 4 do 8 razy. Ryc. 7.



Ryc. 8.

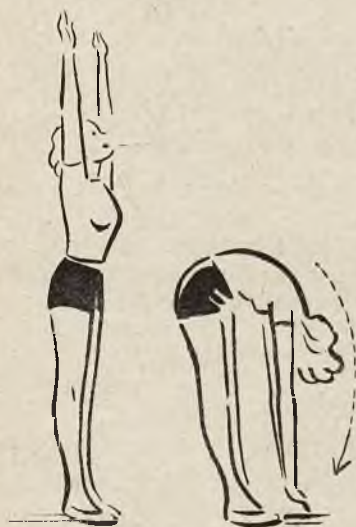


Ryc. 10.



Ryc. 12 a, b, c.

6. Podskokiem rozkrok. W rozkroku skłony boczne tułowia (ryc. 8), 4 razy w lewo, 4 — w prawo. Wykonać od 2 do 4 razy.



Ryc. 9.

7. Z postawy — ramiona przodem w górę. Skłony tułowia w dół (głowa w ramionach, kolana wyprostowane — ryc. 9).

8. Przysiad prosty na ziemi (ryc. 10), możliwie nie odrywając nóg od ziemi. Przejść do leżenia, a następnie powrót do pozycji siedzącej. Wykonać od 4 — 8 razy.



Ryc. 11 a.

9. W leżeniu podpartym nogi unieść lekko w górę. Odchylenia nóg i skrzyżowania (ryc. 11a i 11b). Ćwiczyć od 4 — 8 razy.



Ryc. 11 b.

10. Z postawy — wspięcie na palcach, ramiona przodem w górę (ryc. 12a). Lekki przysiad, ramiona do tyłu (ryc. 12b) i wyskok, wznosząc ramiona przodem w górę (ryc. 12c). Wykonać od 3 — 6 skoków.



Ryc. 13.

11. Dwa podskoki w miejscu, ręce opuszczone; dwa podskoki z rękami opartymi tanecznie na biodrach (ryc. 13). Wykonać od 4 do 8 razy — miękko i spokojnie.
12. Swobodny marsz w miejscu, luźny ruch ramion w przód i w tył — głowa prosto.

Lekcje opracował, zilustrował i ułożył absolwent Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, ob. Edward Ałaszewski.

PRZEGLĄD PRASY

PRZEGLĄD LEKARSKI Nr 1/53

DR J. KUBECKI — Różnicowanie nerwicy sercowo-naczyniowej z nadczynnością tarczycy.

Do Centralnej Wojewódzkiej Przychodni Chorób Tarczycy w Zabrzu lekarze skierowali 942 chorych z rozpoznaniem: „nadczynności tarczycy", z czego rozpoznanie potwierdzono tylko w 16%, u pozostałych zaś chorych stwierdzono nerwicę sercowo-naczyniową.

Ten duży odsetek mylnych rozpoznań u chorych leczonych ambulatoryjnie wynika z podobieństwa klinicznego obrazu nadczynności tarczycy i nerwicy sercowo-naczyniowej. Istotę pierwszej choroby stanowi nadmiar tyroksyny krążącej we krwi, powodującej szereg zaburzeń ze strony układu nerwowego. Istotę zaś nerwicy sercowo-naczyniowej stanowią czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, wyrażające się przede wszystkim w narządzie krążenia. Różnicowanie polega na wykazaniu wyraźnych zaburzeń przemiany materii w postaci ubytku na wadze u chorych z nadczynnością tarczycy oraz na dobrych wynikach stosowania leczenia *metylentiouracylem*, który w nerwicy sercowo-naczyniowej pozostaje bez wpływu, a czasami prowadzi nawet do pogorszenia stanu zdrowia. W obu tych chorobach konieczna jest dłuższa obserwacja w szpitalu.

DR A. GĘBALA — Chloromycetyna w leczeniu zespołów biegunkowych u niemowląt.

Na podstawie piśmiennictwa zagranicznego i krajowego oraz obserwacji własnych 57 przypadków autor potwierdza pomyślne wyniki leczenia zespołów biegunkowych u niemowląt stosowaniem chloromycetyny, która ma w tych razach większą wartość niż streptomycyna i sulfonamidy.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 2/53

WŁ. SZNAJDER i J. BOGUSZ — Skręt żołądka.

Rzadko spotykany przypadek skrętu żołądka, opisany po raz pierwszy w r. 1886 bywa wywoływany przez rozmaite czynniki etiologiczne, głównie przez przepukliny przeponowe, guzy żołądka, zapalne zmiany okołożołądkowe i zmiany położenia narządów przylegających do żołądka. Skręt żołądka przebiega gwałtownie, z silnymi bólami i wymiotami wśród objawów zapaści. Rokowanie jest poważne, śmiertelność zaś w ostrych przypadkach dochodzi do 60%. Odprowadzenie skrętu może być niekiedy bardzo trudne. Leczenie powinno być zawsze chirurgiczne.

DR W. WRÓBLEWSKI — Zachowawcze nieoperacyjne leczenie przedziurawionego wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Przy leczeniu przedziurawienia żołądka autor podaje sposób H. Taylora, polegający na trwałym wysysaniu zawartości żołądka za pomocą zgłębnika gumowego wprowadzonego przez nos. Niektórzy autorzy zalecają ten sposób jako zabieg nagły, zwłaszcza w przypadku, gdy przeprowadzenie operacji jest niebezpieczne. Jednak zachowawcze leczenie perforowanego wrzodu żołądka może się odbywać jedynie w szpitalu, w warunkach pełnej gotowości operacyjnej.

W dziale NOTATKI TERAPEUTYCZNE znajdujemy komunikat nr 5 Naukowego Komitetu Chemoterapii Gruźlicy o leczeniu gruźlicy hydrazydem kwasu izonikotynowego (znanego pod różnymi nazwami: rimifon, hydrazyd, izoniazid, zaś preparaty polskie — nikocyd i itocyd), działającego silnie bakteriostatycznie wybiórczo w stosunku do zjadliwych prątków gruźlicy typu ludzkiego. Najlepiej poddają się leczeniu tym środkiem przypadki gruźlicy błon śluzowych, węzłów chłonnych i błon surowiczych. Leczenie jednak odbywa się zawsze w połączeniu z dotychczas stosowanymi środkami jak PAS i streptomycyna.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 3/53

PROF. DR J. JASIŃSKI — Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość chirurgii.

(Kliniczny wykład inauguracyjny)

Początki chirurgii sięgają prehistorii. Operację wola opisał już w I wieku n. e. Celsus. Pierwsze podręczniki chirurgii jednak ukazały się dopiero w połowie XIX wieku. Rozwój chirurgii datuje się od chwili wprowadzenia uśpienia, (Morton zastosował eter w r. 1848, a Jackson chloroform w r. 1849).

Drugim zasadniczym punktem zwrotnym w chirurgii było wprowadzenie przez Listera (r. 1870) aseptyki i antyseptyki, co pozwoliło na pomyślne operowanie wewnątrz jamy brzusznej. Następnym ważnym momentem było poznanie grup krwi i zastosowanie przetaczań krwi. Wreszcie odkrycie antybiotyków, które skutecznie zwalczają niebezpieczeństwo zakażenia i leczą sprawy ropne, należy do wydarzeń epokowych. Zwalczanie wstrząsu pooperacyjnego — zdobycz ostatnich lat — również przyczyniło się do dalszych, wspaniałych postępów chirurgii.

Chirurgia jutrzejsza przyniesie nowe odkrycia, wyjaśni istotę chorób o etiologii dotychczas nieznanej, np. nowotworów złośliwych, a technika operacyjna niewątpliwie również ulegnie dalszemu udoskonaleniu.

DR K. DOMINIAK — O oparzeniach.

Oparzenia mają duże znaczenie społeczne, ponieważ bardzo często stają się powodem trwałego kalectwa zarówno wśród ludzi narażonych na nie ze względów zawodowych (np. hutnicy, palacze, spawacze itp.), jak i u dzieci, które nierzadko padają ofiarą nieostrożności lub lekkomyślności. Oparzenie wywołuje niebezpieczny wstrząs oraz z m i a n y m i e j s c o w e o mniejszym znaczeniu i o g ó l n e — bardzo poważne — polegające na zagęszczeniu krwi, na zmianach obrazu morfologicznego krwi, na zmianach anatomicznych w rozmaitych narządach wewnętrznych, a wreszcie rzecz najgroźniejszą — nadzwyczajne usposobienie do zakażenia.

Ze Szkół i Kursów

WARSZAWA

W dniu 7 lutego rb. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 1 w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów 44 absolwentkom, na której obecni byli przedstawiciele: Wydziału Zdrowia SRN, KW PZPR, Związku Zaw. Prac. Sł. Zdr., ZMP oraz licznie zaproszeni goście. Jako pierwsza głos zabrała Dyrektorka Szkoły, kol. Nieliwódzka, mówiąc m. in.:

...„Idziecie do pracy wyposażone w wiedzę zawodową, jak również uzbrojone w ideologię marksistowsko - leninowską, która na każdym kroku będzie waszym drogowskazem. Świadome stojących przed wami zadań pamiętajcie, że opieka i niesienie pomocy cierpiącemu człowiekowi pracy, to nie tylko mechaniczne wykonywanie zleconych czynności. Strzeżcie się bezduszności i rutynizacji w pracy“...

...„Spędziłyście w naszej szkole dwa lata, czas ten wykorzystałyście dobrze, dowodem czego jest dzisiejsza uroczystość. Żegnając Was w imieniu szkoły życzę Wam, byście umiały wykorzystywać każdą wolną chwilę na dalsze kształcenie, na doskonalenie się w pracy, życzę Wam, abyście umiały walczyć o wykonywanie naszych planów, walczyć o pokój“...

Z wynikiem celującym zdały kol. kol.: **Cybulska Wanda, Kondrak Zofia, Organek Regina, Wiąksa Irena.** W pracy społecznej wyróżniły się kol. kol.: **Ciesielska Krystyna, Motyczyńska Alicja, Orzełek Henryka.**

*

W dniu 31 stycznia br. Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie obchodziła uroczystość wręczenia dyplomów VIII zespołowi. Na uroczystość tę przybyli przedstawiciele: Wydziału Zdrowia SRN, KW, PZPR, ZZPSZ, ZMP, wykładowcy oraz rodziny absolwentek. Pierwsza głos zabrała Dyrektorka Szkoły, kol. R. Krotoszyńska, z której przemówienia podajemy wyjątki:

...„Wasz kurs stanął w pierwszych szeregach agitatorów i doskonale zdał egzamin w akcji wyborczej. Wasz kurs wziął czynny udział przy wprowadzaniu w życie doniosłej uchwały Rady Ministrów z dnia 3 stycznia br. Zrozumiałyście, ze uchwała ta stanowi doniosłą reformę gospodarczą, leżącą w interesie rozwoju gospodarki narodowej i stwarza mocny grunt dla podniesienia poziomu życiowego mas pracujących naszego kraju. Zrozumiałyście, że uchwała jest wyrazem głębokiej troski władzy ludowej o warunki życia mas pracujących, wyrazem walki o pokonywanie trudności stawianych przez elementy kapitalistyczne na drodze naszego socjalistycznego budownictwa.

Nasz kraj, podobnie jak inne kraje demokracji ludowej skupione wokół Zw. Radzieckiego w potężnym froncie pokoju, stanowi cel nieustannych prób penetracji wroga. Fakt ten wykazały już liczne procesy w naszym kraju i innych krajach demokracji ludowej. I dlatego nie wolno nam się uspokajać tym, że wróg jest izolowany, a knowania jego skazane na niepowodzenie. Aby uniemożliwić wszelką szkodniczą robotę, aby owoce naszej pracy nie zostały uszczuplone przez zdrajców narodu, musimy dobrze pamiętać o wrogu, którym jest także właśnie „gapiostwo“. Musimy stale pamiętać o rewolucyjnej czujności, nauczyć się lepiej rozpoznawać wroga i demaskować go. Rozumiecie więc, moje drogie, jak bardzo ważną i celową jest nasza praca nad wyrobieniem w Was głębokiej świadomości ideologicznej.

Idziecie teraz na różne placówki służby zdrowia, na samodzielną pracę, wcielajcie w życie zasady i nauki wpajane w Was w szkole. Ulepszajcie opiekę zdrowotną nad ludnością, podnoście swą wiedzę zawodową, bądźcie przykładem ofiarnej pracy i troski o człowieka.

...Musicie podjąć zdecydowaną kampanię o właściwy, głęboko ludzki, troskliwy, socjalistyczny stosunek do człowieka. Będzie to równocześnie walka o zdobycie i ugruntowanie wysokiego autorytetu i szacunku dla Służby Zdrowia w naszych masach ludowych“.

Dyplomy otrzymało 46 absolwentek. Wyróżniające się w nauce i pracy społecznej otrzymały nagrody książkowe. Są to kol. kol.: **Gędłek Ewa, Grodzicka Maria, Krysiak Zofia, Kujawa Jadwiga, Malewska Barbara.**

REDAKCJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14, Zarząd Gł. PCK. Tel. 7-50-02. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch“.

Cena pojedynczego numeru „Pielęgniarki Polskiej“ wynosi 2.00 zł., prenumerata kwartalna 6.00 zł., roczna 24.00 zł

Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm^2 — 5 zł.

Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch“, Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna“ lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.

Zamówienia na prenumeratę tygodników i miesięczników są przyjmowane na okres co najmniej jednego kwartału, natomiast dwumiesięczników i kwartalników — na okres półrocza.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 193c z dn. 5.III.53 r. Pap. druk. sat. kl. VII. Al/60 g. Nakł. 4500 egz. 4-B-13385